



**6º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica - Vertente Nefrológica**

Relatório de Estágio

**Diagnósticos de Enfermagem no doente renal crónico em
programa de hemodiálise, na promoção da saúde e
prevenção de complicações associadas**

Ana Sofia Ferreira

**Lisboa
2017**



**6º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica - Vertente Nefrológica**

Relatório de Estágio


**Diagnósticos de Enfermagem no doente renal crónico em
programa de hemodiálise, na promoção da saúde e
prevenção de complicações associadas**

Ana Sofia Ferreira

Orientador: Prof^ª Maria Eulália Novais

**Lisboa
2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“O agir e o pensar relacionados à assistência ao ser humano devem ser prioridades na área da saúde, principalmente para a enfermagem que tem o cuidar como um dos elementos essenciais de sua prática”
(Bisca & Marques, 2010)

AGRADECIMENTO

O meu agradecimento à Docente Orientadora Maria Eulália Novais, que partilhou o seu conhecimento e a sua experiência que potencializou a elaboração deste trabalho.

O meu obrigada a todos os profissionais que partilharam comigo o seu conhecimento e saber no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório nas suas instituições, que permitiram o meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

Um agradecimento à chefia da instituição onde desempenho funções, pela oportunidade que me possibilitou de implementar o presente projeto e a todos os elementos da minha equipa, pelo apoio e disponibilidade demonstrados.

Aos meus colegas de trabalho, pela paciência, dedicação, pelos momentos de incentivo e persistência.

A todos as pessoas com doença renal crónica e suas famílias que tive a oportunidade de cuidar, ao longo dos estágios e de quem cuido todos os dias.

Por último, um obrigada muito especial à minha família, pelo apoio incondicional, pelo reforço positivo nos momentos de fraqueza e por jamais deixarem de acreditar em mim.

Sem vocês, não teria sido possível a concretização deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPLEE – Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem

DE – Diagnósticos de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Diálise Peritoneal

DRC – Doença Renal Crónica

EDTNA - European Dialysis and Transplant Nurses Association

ERCA - European Renal Care Association

GCL-PPCIRA - Grupos de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

GCR-PPCIRA - Grupos de Coordenação Regional e Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

HD – Hemodiálise

IRC – Insuficiência Renal Crónica

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NIC- Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PE – Processo de Enfermagem

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TSFR – Terapia de Substituição da Função renal

RESUMO

A assistência à pessoa com Doença Renal Crónica representa um desafio para os profissionais de saúde (Sá, Cavalcante, Stival, & Lima, n.d.). Dada a sua elevada morbilidade e mortalidade, assim como o comprometimento dos aspetos físicos e psicológicos, assume uma extrema importância o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem direcionada a essa população (Frazão, Araujo, & Lira, 2013). O desenvolvimento de estratégias que promovam uma intervenção holística junto desta população é fundamental, de forma a promover o bem-estar e qualidade de vida da pessoa, promovendo cuidados adequados (Frazão, Medeiros, Silva, Sá, e Lira, 2014).

A implementação do processo de enfermagem no doente renal crónico permite o desenvolvimento de um plano de intervenção específico. O levantamento de diagnósticos de enfermagem direcionado aos doentes renais crónicos em hemodiálise, assim como a consequente definição de intervenções e avaliação de resultados, possibilita a individualização do cuidado e a documentação da prática profissional, promovendo a melhoria assistencial (Lins, Santo, Fuly, & Garcia, 2013).

O percurso aqui descrito contempla as atividades desenvolvidas no contexto da prestação de cuidados à pessoa com doença renal crónica e família. Fundamentada num suporte teórico, contextualizou-se esta vivência do doente na teoria das transições de Meleis, permitindo-nos interpretar as vivências de cada doente no processo de transição, permitindo identificar as suas necessidades.

Neste percurso inclui-se também o desenvolvimento do estudo qualitativo descritivo que teve como objetivo a identificação dos diagnósticos de enfermagem no doente renal crónico em hemodiálise em NANDA E CIPE. Este estudo visou identificar a pertinência o uso de uma linguagem padrão. Neste sentido, procurou avaliar-se dois sistemas de classificação: NANDA e CIPE, identificando as mais-valias de cada um.

Os resultados demonstram que as taxonomias NANDA e CIPE se complementam, devendo a escolha entre as duas ser influenciada sobretudo pela formação e receptividade da equipa de enfermagem assim como por normas em vigor na instituição onde se pretende implementar o PE.

Palavras-chave: Doença renal crónica; hemodiálise; Processo de Enfermagem; Diagnósticos de Enfermagem.

ABSTRACT

Assistance to people with Chronic Kidney Disease represents an enormous challenge to health care professionals (Sá et al., n.d.). Due to high morbidity and mortality, as well as physical and psychological impairments, the development of specialized assistance is highly important to this population (Frazão, Araujo, et al., 2013). It is therefore essential to develop strategies that promote a holistic intervention with this population, in order to promote the well-being and quality of life to elderly patients, while expanding the scientific knowledge of the caregiver, and promoting decision-making and care. It is therefore extremely important to develop a specific intervention plan (Frazão, Medeiros Silva, Sa, and Lira, 2014).

The implementation of nursing process in the person with Chronic Kidney Disease allows the development of a specific intervention plan. The construction of a subset of nursing diagnostics, focused on Chronic Kidney Disease patients on hemodialysis, as well as nursing interventions definitions and a results evaluation's enables the individualization of care as well as documentation of professional practice, promoting welfare improvement, (Lins, Santo, Fuly, & Garcia, 2013).

The path described here includes the activities carried out, in the context of caregiving to Chronic Kidney Disease population and family. Based on a theoretical basis, patient's experiences were put into context within the theory of Meleis transitions, allowing us to interpret their experiences and identify their needs in the transition process, enabling the planning of individualized intervention, suited to each one.

In this path, the development of a qualitative descriptive study aimed to identify the nursing diagnostics in Chronic Kidney Disease on hemodialysis is also included. In this sense, we sought to evaluate two classification systems: NANDA and CIPE, identifying both positive and negative aspects of each.

The results show that the NANDA and CIPE taxonomies are complementary, with the option between the two being influenced mainly by training and receptivity of nursing staff, as well as by regulations applicable in the institution where the nursing process will be implemented.

Keywords: Chronical Kidney Disease; Hemodialysis; Nursing process; Nursing diagnostics.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1 Doença Renal Crónica	14
1.2 Cuidados de Enfermagem à pessoa com doença renal crónica em HD	17
1.2.1 Teoria da transição de Meleis.....	18
1.2.2 Processo de enfermagem em hemodiálise.....	25
1.3 Processo de Enfermagem: levantamento de diagnósticos de enfermagem ..	34
2 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A PRÁTICA DESENVOLVIDA.....	40
3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA DRC – RESULTADOS E CONTRIBUTOS	51
3.1 Pertinência do estudo.....	51
3.2 Finalidade e objetivos.....	52
3.3 Metodologia de implementação.....	53
3.4 Apresentação e discussão de resultados	54
3.5 Limitações do projeto	62
3.6 Implicações do projeto para a prática e perspectivas futuras	62
CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66

ANEXOS

ANEXO I – Dados SPN

ANEXO II – Suporte ao levantamento de diagnósticos pré-selecionados

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Cronograma de Estágio

APÊNDICE 2 – Caracterização dos serviços

APÊNDICE 3 – Grelhas de avaliação dos estágios

APÊNDICE 4 – Levantamento bibliográfico da evidência científica do uso dos diagnósticos de Enfermagem

APÊNDICE 5 – Grelhas elaboradas para levantamento dos diagnósticos de Enfermagem em linguagem NANDA

APÊNDICE 6 – Grelhas elaboradas para levantamento dos diagnósticos de Enfermagem em linguagem CIPE

APÊNDICE 7 – Gráficos representativos da população e amostra

APÊNDICE 8 – Tabela comparativa entre diagnósticos NANDA e CIPE

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição das causas da DRC na população-alvo.....	54
Gráfico 2 – Comparação entre as taxonomias NANDA E CIPE	59
Gráfico 3 – Incidência dos diagnósticos por classes.....	60

Índice de Tabelas

<i>Tabela 1 – Incidência dos diagnósticos de Enfermagem em taxonomia NANDA.....</i>	<i>55</i>
<i>Tabela 2 – Incidência dos diagnósticos de Enfermagem na taxonomia CIPE.....</i>	<i>56</i>

INTRODUÇÃO

A realização deste relatório surge no contexto da unidade curricular “Estágio com relatório” integrado no 6º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com área de Intervenção específica em Enfermagem Nefrológica.

Atualmente a desempenhar funções como enfermeira numa clínica de hemodiálise (HD), deparei-me com a necessidade de desenvolvimento de uma visão holística do doente renal crónico de forma a promover uma prática diferenciada e individualizada.

Segundo o despacho conjunto dos Ministérios da Saúde, da Segurança Social e do Trabalho, n.º 861/99, de 10 de Setembro, é considerada

“Doença crónica, a doença de longa duração, com aspetos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e laboral, que se manifeste particularmente afetado” (Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 1999, pág. 15015).

A doença crónica causa na pessoa uma alteração da forma como vivencia o seu dia-a-dia, causando perturbações na sua qualidade de vida. Neste sentido, vendo a doença crónica como fenómeno social que afeta a nossa população, é importante considerar a forma como a doença aflige o doente e a experiência de sofrimento que a ela traz associada. (Lira, Nations, Maria, & Catrib, 2004). A doença renal crónica (DRC) é uma doença que abrange a população mundial, sendo considerada como um grave problema de saúde pública. Embora sejam muitos os avanços da ciência nos cuidados à pessoa com DRC, ocorrem ainda elevados índices de mortalidade. Assim, a assistência à pessoa com esta patologia representa um desafio para os profissionais de saúde (Sá et al., n.d.).

De acordo com os padrões de qualidade definidos pela OE, “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (OE, 2013, p.3).

Segundo o documento “Cuidados inovadores para as condições crónicas”, a pessoa portadora de doença crónica necessita de cuidados planeados, capazes de prever suas necessidades básicas e proporcionar atenção integrada (Balduino, Mantovani, & Lacerda, 2009).

Na minha prática diária está bastante presente o modelo biomédico, havendo reduzidos sinais da presença de uma prática representativa do modelo holístico. No

meu contexto profissional observa-se a prevalência da realização de cuidados segmentados, tendo por base aspetos biológicos do doente: o cuidado é maioritariamente direcionado à insuficiência renal e consequências inerentes, descurando-se a visão do doente na sua globalidade, não só no que diz respeito a outras patologias, mas também no que diz respeito ao envolvimento do sistema de apoio do doente. O modelo holístico, por sua vez, preconiza a visão da pessoa na sua como um todo (McEvoy & Duffy, 2008).

Desta forma, enquanto pessoa e futura enfermeira especialista, consciente do valor da intervenção de Enfermagem, formulei como desafio para o meu percurso e desenvolvimento profissional e pessoal futuro, a procura de estratégias na prática

de Enfermagem que promovam um planeamento de cuidados de Enfermagem ao doente renal crónico em HD de forma a que ocorra uma melhoria da qualidade dos cuidados.

A prática de enfermagem em HD não deverá corresponder apenas a atividades realizadas de forma rotineira, sendo que se assiste a uma tendência crescente da abordagem holística das pessoas com DRC em HD, o que coloca o enfermeiro como elemento de destaque na equipa multidisciplinar. Está assim criada a oportunidade para o desenvolvimento de intervenções diferenciadas no acompanhamento da pessoa com DRC (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2016). A procura de novos modos de cuidar deve ser constante para fortalecer a intervenção dos enfermeiros (Frazão, Medeiros, Silva, Sá, & Lira, 2014).

Segundo Silva (2007), a evolução da nossa prática profissional é fundamental defendendo o abandono dos modelos limitados ao modelo biomédico¹ em prol de modelos onde os cuidados estão centrados na promoção de processos adaptativos ou intencionais, onde os indivíduos possam reformular o seu projeto de saúde e vida, com enfoque nas respostas humanas envolvidas nas transições.

De forma a adquirir e consolidar competências, desenvolvi o meu percurso de estágio em vários serviços de prestação de cuidados ao doente renal crónico, onde

¹ O modelo biomédico, considerado com alicerce da medicina científica, vê o corpo humano como um conjunto de conjunto de órgãos e sistemas que podem ser analisados separadamente, de acordo com a disfunção que se surge em cada um separadamente. A intervenção no indivíduo ocorre de forma compartimentada, intervindo apenas no foco que causou o desequilíbrio no indivíduo, não olhando o indivíduo na sua globalidade, perdendo-se muita vez a visão do doente como ser humano (CAPRA, 1982).

tive oportunidade de prestar cuidados a esta população em diferentes fases de progressão da DRC. O percurso realizado deu origem ao presente relatório, tendo este sido fundamental para a compreensão das diferentes formas de assistência do doente com DRC e as diferentes formas de intervenção, contribuindo para o planeamento de uma assistência mais organizada.

Uma prática baseada em evidência científica, sustenta o desenvolvimento de competências que promovem a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem ao doente renal, procurando a promoção da saúde, prevenção de complicações, deteção precoce e encaminhamento eficazes face à necessidade de maior continuidade de cuidados.

Os estágios realizados no âmbito do projeto de intervenção anteriormente elaborado, permitiram a consolidação de conhecimentos assim como o desenvolvimento de competências, capacidades e atitudes profissionais que me permitiram crescer enquanto futura enfermeira especialista. Os objetivos delineados previamente foram um elemento orientador do percurso desenvolvido no sentido em que permitiram que o mesmo fosse orientado para ações e comportamentos que possibilitaram consolidar e adquirir competências para vigiar de forma diferenciada os doentes renais crónicos de acordo com as suas comorbilidades e grau de dependência.

Este relatório está estruturado da seguinte forma: enquadramento teórico da problemática do acompanhamento e vigilância do doente renal crónico na clínica de HD, sustentado num referencial teórico e que irá guiar o meu percurso de aprendizagem e de intervenção no meu contexto profissional; reflexão acerca do percurso de estágio, atividades desenvolvidas, competências adquiridas e descrição do estudo desenvolvido onde fundamento a sua pertinência, destacando a sua importância para o meu desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista. Por fim farei a conclusão acerca de todo o trabalho realizado.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Doença Renal Crónica

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), as doenças crónicas são caracterizadas por serem de longa duração e com uma evolução habitualmente lenta. Estas apresentam pelo menos uma das seguintes particularidades: são permanentes, produzem incapacidade ou deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

A DRC caracteriza-se pela perda progressiva e irreversível das funções renais, podendo este acontecimento iniciar de forma lenta e gradual ou em quadro agudo (Bisca & Marques, 2010). Por sua vez, (Kusumota, Rodrigues, & Marques, 2004, p. 526) afirma que “a insuficiência renal crónica (IRC) é o resultado final de múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade renal de manter a homeostasia interna do organismo”.

A DRC é caracterizada pela presença de lesão renal por um período igual ou superior a 3 meses, definida por anomalias estruturais e/ou funcionais do rim, com ou sem diminuição do taxa de filtração glomerular (TFG), manifestada por irregularidades patológicas ou marcadores de lesão renal; ou por TFG $<60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ por tempo maior ou igual a 3 meses, com ou sem lesão renal (National Kidney Foundation, 2002).

No cuidado ao doente renal crónico, as suas comorbilidades específicas devem ser valorizadas no sentido em que causam impacto na forma como decorre o tratamento, na gestão do regime terapêutico assim como na qualidade de vida e sobrevida (Fraser et al., 2015). O termo comorbilidades é definido como a coexistência de dois ou mais processos de doença ou distúrbios. Na situação da falência renal crónica, as comorbilidades são consideradas como o fator mais determinante dos resultados clínicos, ao nível de morbilidade e sobrevivência (Khan, 1998).

A prevalência da DRC aumenta acentuadamente com a idade, sendo por isso altamente provável que ocorra no contexto de múltiplas comorbilidades como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares. A principal causa de insuficiência renal terminal no mundo ocidental é a Diabetes (Fraser et al., 2015). A Diabetes Mellitus, as doenças cardiovasculares e suas sequelas, constituem as mais importantes comorbilidades na falência renal crónica. Estas comorbilidades

influenciam o dia-a-dia do doente, na medida em que condicionam o seu bem-estar fisiológico, psicológico e social (Chamney, Pugh-Clarke, & Kafkia, 2009). Também Thomas (2002) defende que, na grande maioria dos doentes renais crónicos, a perda da função renal é apenas mais um elemento a somar a outros já existentes para a limitação do seu estado de saúde.

Uma vez instalada a doença, é necessário recorrer a um tratamento contínuo que permita a substituição da função renal. Os tratamentos possíveis para manutenção da vida do doente englobam o tratamento conservador, o transplante renal ou as terapias de substituição da função renal (TSFR) (DGS, 2012).

O tratamento conservador visa minimizar a carga imposta ao rim através de um suporte nutricional e medicamentoso (Frazão, Araujo, & Lira, 2013).

O transplante renal é o único tratamento definitivo, sendo, no entanto, um processo moroso ou até mesmo inacessível a muitos doentes. A alternativa imediata para manter a vida passa pela opção por uma TSFR (Bisca & Marques, 2010).

A escolha da TSFR é maioritariamente influenciada por diversas condicionantes inerentes ao doente, como por exemplo a idade, estado nutricional, contexto familiar, doenças associadas, limitações físicas, aceitação da técnica, grau de informação e preferências do doente e família. Também a equipa de saúde que acompanha o doente tem um papel importante nesta escolha no sentido em que são estes os elementos de referência para o doente e família (Araújo, 2013).

As TSFR incluem técnicas dialíticas, como a HD e a diálise peritoneal (DP) que permitem, com recurso a equipamento adequado, a filtração e eliminação de substâncias tóxicas e o excesso de água que se acumulam no organismo (Thomas, 2002). Segundo a DGS (2012, pág. 5) “os doentes em diálise podem viver durante 25 a 30 anos sob terapêutica dialítica, embora a sobrevida média fique ainda muito aquém das expectativas.”

A HD, em particular, caracteriza-se como uma técnica depurativa, responsável pela remoção de solutos e água do sangue, através de uma membrana semipermeável. As técnicas usadas em HD têm sido alvo de grande evolução, tornando-se cada vez mais aprimoradas, dando origem a um conjunto de métodos altamente eficientes na eliminação dos metabolitos habitualmente excretados pelo rim (Thomas, 2002).

A transição do doente renal crónico para a HD e as alterações inerentes à sua

nova situação provocam na vida do doente e família uma série de mudanças drásticas que lhes são impostas, às quais eles precisam de se adaptar (Stureson & Ziegert, 2014). Enquanto terapia de substituição da função renal é muitas vezes o símbolo da esperança de vida. No entanto, são frequentes as dificuldades de adesão ao tratamento muitas vezes relacionadas com a não aceitação da doença, a alteração da percepção de si próprio assim como a alteração do relacionamento interpessoal com familiares e com os seus pares em ambiente social (Bisca & Marques, 2010).

A prevalência de doentes renais crónicos em programa de HD tem aumentado significativamente. Em 2007 existiam 9037 doentes em HD, sendo que em 2015 o número subiu para 11514 doentes. Neste período houve um aumento de 27,4% de doentes em HD (Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), 2016).

Em Portugal, tem-se verificado um aumento da idade média dos doentes em HD nos últimos anos. No período compreendido entre 2007 e 2015 verificou-se que o aumento da idade média da população em HD passou de 63,8 anos para 67,47 anos.

O aumento da população idosa em HD repercute-se num maior número de comorbilidades, uma consequente restrição na atividade funcional e maior mortalidade em diálise. A mortalidade resultante da insuficiência renal é dez a vinte vezes superior à da população em geral (DGS, 2012).

O avanço da tecnologia em HD, levou a que os doentes apresentem maior taxa de sobrevivência, gerando um envelhecimento da população assim como maior taxa de comorbilidades e um consequente aumento do grau de dependência.

Com o aumento da carga da doença, devido à sua complexidade, gravidade ou número de comorbilidades, aumenta também a complexidade das intervenções necessárias junto dos doentes. Também a sua capacidade de resposta pode sofrer, levando a piores resultados (Gallacher et al., 2014). Chamney et al., 2009 referem que as comorbilidades causam um efeito quantitativo na sobrevivência do doente, independentemente da idade e função renal residual. A presença de comorbilidades causa impacto no efeito da doença, gestão de medicação, qualidade de vida e sobrevivência (Jesky, Lambert, Burden, & Cockwell, 2013). Estas influenciam o processo de doença e a capacidade de independência do doente implicando assim uma maior necessidade de cuidados (Francisco et al., 2012).

O aumento da população idosa, associada ao aumento da longevidade, à maior prevalência de doenças crónicas e a maiores níveis de incapacidade, suporta cada

vez mais a importância de uma prestação de cuidados de forma digna e qualificada (Beringuilho, 2013). É cada vez mais evidente a necessidade da prestação de cuidados de saúde adaptados às características da população-alvo (DGS, 2012).

1.2 Cuidados de Enfermagem à pessoa com doença renal crónica em HD

A entrada no programa de HD leva o doente ao confronto como um novo mundo de técnicas, máquinas, consultas, exames, dos quais depende. Toda esta nova realidade irá impor-lhe uma dependência, condicionalismos e restrições que obrigarão a uma transição que surge devido às suas novas necessidades de saúde (Araújo, 2013). As perdas do doente com DRC excedem a perda da função renal. O recurso à HD provoca no doente perdas no campo físico, social e emocional, no sentido em que obriga o doente a uma rotina restrita e limitada. As sessões de HD, as restrições hídricas e alimentares, as consultas médicas, a realização de exames, a diminuição de atividades de rotina assim como as ocupacionais, e a dependência contínua de um suporte informal para ter os cuidados que precisa são mudanças que transformam a vida do doente (Fresenius Medical Care, n.d.).

Face ao início da TSFR, os doentes passam por três fases que caracterizam o seu período de ajuste à técnica. São elas:

- Fase da lua-de-mel: Reação imediata do doente à diálise. Caracteriza-se por ser uma fase de esperança e confiança, resultantes normalmente da melhoria física e psicológica associada. Nesta fase o doente pode também manifestar sinais de ansiedade e depressão;
- Fase de desilusão e decepção: fase em que domina a tristeza e desespero, associadas ao regresso da rotina e confronto com a nova situação e limitações associadas;
- Fase de adaptação a longo prazo: nesta fase o doente poderá demonstrar resignação ou depressão, caracterizando a sua forma de aceitação da doença e da sua consciência relativamente às alterações que a sua vida sofreu.

(Thomas, 2002)

A pessoa que inicia um programa de HD sofre uma diminuição da sua qualidade de vida comparativamente com a população em geral, assim como apresenta uma

maior prevalência de alterações do humor. A depressão e a ansiedade são distúrbios de humor comuns em doentes em TSFR, devendo por isso ser diagnosticados e tratados adequadamente (Stasiak, Bazan, Kuss, Schuinski, & Baroni, 2014). A taxa de distúrbios psiquiátricos na população com DRC é consideravelmente superior do que noutras populações com diferentes doenças crónicas (Kimmel, Thamer, Richard, & Ray, 1998). Chilcot, Wellsted, & Farrington (2010) referem que a depressão ou a presença de sintomas depressivos significativos continuam a ser comuns em doentes com DRC em fase terminal. Os mesmos autores referem ainda que 20-30% dos pacientes com insuficiência renal terminal têm sintomas depressivos significativos. A depressão parece estar associada a aspetos importantes da evolução da DRC terminal, incluindo a mortalidade, a frequência de hospitalização, a má adesão ao tratamento e a redução da qualidade de vida (Kimmel, Cohen, & Peterson, 2008). Embora a sua incidência seja elevada, não é claro que a doença psiquiátrica esteja relacionada com ajuste às limitações impostas pelo início da TSFR ou se ocorre em fases posteriores de tratamento (Kimmel et al., 1998).

O processo de transição para HD é um momento de grande dificuldade psicossocial, sendo que grande parte dos doentes manifestam uma resistência pessoal às alterações que esta transição implica na sua rotina do dia-a-dia (Mitchell et al., 2009).

1.2.1 Teoria da transição de Meleis

Meleis define o processo de transição como a passagem de um estado relativamente estável para um outro estado relativamente estável, sendo este processo desencadeado por uma mudança (Meleis, 2010). A realidade da transição pode ser explicada como um processo que os doentes vivenciam face a uma realidade em mudança (Stureson & Ziegert, 2014). A relação entre as transições, a mudança e o desenvolvimento é indiscutível, estando o fator causal destas mudanças sujeito ou não ao controlo do indivíduo.

A transição é um fenómeno individual, sendo fundamental a pessoa ter consciência das mudanças que estão a ocorrer para vivenciar a transição. Os significados atribuídos às transições variam de pessoa para pessoa influenciando assim o resultado das mesmas (Meleis, 2010). O doente renal crónico ao iniciar um programa de HD, depara-se com toda uma nova situação de vida. A transição

vivenciada por este, assim como as consequências da nova situação, causam na vida dos doentes uma reviravolta brusca e forçada, tendo eles que criar uma nova realidade (Kralik, Visentin, & Van Loon, 2006).

Para a pessoa que vivencia as dificuldades e repercussões inerentes ao início de uma TSFR, a equipa de saúde representa muitas vezes o suporte para a procura de respostas aos seus problemas. Por isto, é fundamental que a relação desenvolvida entre doente, família e equipa de saúde seja de extrema proximidade dada a sua importância no processo de transição (Araújo, 2013).

Benner (2001) fundamenta a atuação da enfermagem na Doença Crónica com base na interpretação e compreensão que cada pessoa tem da sua situação, no sentido em que cada pessoa possui o seu saber. Desta forma, o enfermeiro deve procurar sempre a perspetiva da pessoa que cuida: a compreensão da experiência de doença exige conhecer a identidade pessoal e social da pessoa e preservá-la durante todo o processo de doença.

Segundo Meleis et al. (2010), os enfermeiros podem influenciar processos de transição se a sua prática for centrada na pessoa e nas suas necessidades reais. A prestação de cuidados ao doente renal crónico em HD tem sempre de ter em consideração o processo de transição que o doente está a vivenciar. A obtenção de resultados e uma vivência segura e eficaz deste processo é o principal objetivo dos enfermeiros.

A identificação das transições como problema central da Enfermagem e o desenvolvimento de instrumentos de trabalho para as descrever, pode não só providenciar a descoberta dos mecanismos usados por diversas pessoas quando experienciam mudanças nas suas vidas, como também pode ajudar no desenvolvimento de conhecimento sobre intervenções que facilitem a experiência da transição e conduzam a um *coping* saudável (Meleis, 2010). O conhecimento e compreensão da perceção individual e reação do que o doente renal crónico em HD vivencia, nesta fase de transição, é fundamental para os enfermeiros no sentido em que lhes permite desenvolver habilidades e competências para providenciar suporte necessário ao doente (Molzahn, Bruce, & Sheilds, 2008).

Neste contexto, face à necessidade de apoio nos processos de transição, o desafio para os Enfermeiros será compreender este processo e desenvolver intervenções que prestem ajuda verdadeira às pessoas, com vista a promover a

estabilidade e sensação de bem-estar. É assim fundamental o desenvolvimento de competências por parte dos enfermeiros que visem apoiar os doentes a vivenciar processos de transição, através de intervenções ajustadas às necessidades dos mesmos (Abreu, 2008).

Ao enfermeiro cabe desenvolver a sua atividade tendo sempre presente o conceito de enfermagem que se encontra definido no nº 1 do Artigo 4º do REPE (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro) da Legislação Portuguesa:

...é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (OE, 1996, pág. 3).

A prática assistencial da Enfermagem revela-se cada vez mais complexa devido a múltiplos fatores, dos quais se destacam a construção crescente de conhecimentos na profissão e o aumento das exigências de saúde pelos indivíduos e pela sociedade. Este facto determina aos enfermeiros a necessidade de aumentarem habilidades e competências para responder às demandas impostas (Meier, Truppel, Crozeta, Danski, & Betiolli, 2005).

Um dos objetivos do cuidado ao doente em HD é que este tenha uma qualidade de vida satisfatória. Torna-se por isso fundamental que os enfermeiros vejam de forma global os sintomas dos doentes, para assim proporcionar uma assistência mais completa. Este facto possibilitará ao enfermeiro ajudar o doente na gestão da sua doença, promovendo uma maior qualidade de vida no doente (Jablonski, 2007)

O cuidado ao doente renal crónico deve por isso ter como objetivos maximizar a adesão do doente, melhorar a sua qualidade de vida e melhorar os ganhos em saúde (National Kidney Foundation, 2002). Cada vez mais os cuidados de saúde promovem o cuidado centrado no doente, onde este desempenha um papel ativo. O doente é visto como um parceiro no desenvolvimento do seu plano de cuidado (Doss, 2011). O cuidado centrado na pessoa exige o estabelecimento de uma relação terapêutica entre profissionais, doentes e outros elementos significativos. Estas relações devem ser baseadas em confiança mútua, compreensão e partilha de conhecimento coletivo, tendo presente o conceito de pessoa como conceito central (McCormack & McCance, 2006).

Pessoa e família irão vivenciar o processo de doença assim como recuperar a

normalidade tão melhor quanto mais eficaz for a orientação recebida pelos profissionais de saúde. Torna-se assim importante que a equipa multidisciplinar esteja consciente das mudanças ocorridas ao longo do processo de doença da pessoa, de forma a que os cuidados prestados sejam direcionados em função destas mudanças (Thomas, 2002).

O aprofundamento de competências pelos enfermeiros tem vindo a desenvolver-se, promovendo uma melhoria contínua na prestação de cuidados. Para que esta seja de qualidade, é fundamental que desenvolva a sua prática com base nas suas competências técnicas, científicas e humanas.

Segundo o Regulamento Geral, aprovado pela Portaria n.º 268/2002, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 61, de 13 de março (Ministério da Educação, 2012), os Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem CPLEE têm como principal objetivo contribuir para um desenvolvimento contínuo de competências que promovam uma supervisão clínica eficaz e consolidem as relações com os doentes de forma a obter os maiores ganhos em saúde, resultantes dos cuidados de enfermagem.

Segundo Rebelo (1996), a mobilização de saberes específicos assim como a adequação de ações aos protagonistas e contextos é fundamental na nossa prática diária. A mesma autora defende ainda que estes saberes não se devem limitar à componente científica e teórica, mas também incluir os conhecimentos inerentes ao meio em que o indivíduo se insere. A nossa prática deverá por isso promover cuidados físicos, psicológicos, de apoio e informação, tendo sempre em conta a reação do doente à própria doença assim como o contexto onde este se insere (Fresenius Medical Care, n.d.).

A evolução da técnica em HD trouxe viabilidade à execução da diálise a longo prazo, repercutindo-se numa alteração de necessidade de cuidados por parte dos doentes renais crónicos (Hoffart, 2009). Por sua vez, também a perspetiva do enfermeiro relativamente às necessidades de cuidados das pessoas deve mudar (Carpenito-Moyet, 2010). O cuidado ao doente renal crónico terminal é discutido desde cedo (1915) na literatura de enfermagem, no entanto o conceito do enfermeiro especialista em nefrologia só viria a surgir anos mais tarde.

O enfermeiro especialista em nefrologia, na sua prática junto do doente em HD, deve desenvolver intervenções que valorizem a sua intervenção junto do mesmo,

desviando o foco único do tratamento dialítico (Sousa, 2009). Os cuidados de enfermagem prestados não devem apenas ser avaliados pela competência na preparação de uma máquina de diálise ou pela capacidade de punção de um acesso arterio-venoso. É necessário que o foco de enfermagem contemple também um conjunto de competências necessárias para prestar apoio, aconselhamento e intervenções com vista a uma transição eficaz da pessoa e família ao processo de doença (Thomas, 2002). Os enfermeiros que cuidam de doentes renais crónicos em HD têm assim como desafio a olhar para além da tecnologia fortemente relacionada com a técnica e desenvolver uma abordagem mais holística² do doente renal crónico (Ran & Hyde, 1999). O enfermeiro especialista deve assim desenvolver a sua intervenção de forma a atuar em áreas como prevenção de infeção, promoção do autocuidado, educação ao doente e família, gestão da dieta e promoção de um ambiente confortável (Minn, 2014).

Ao longo do meu percurso profissional junto do doente em HD foram várias as ocasiões de prestação de cuidados ao doente que inicia um programa regular de HD em regime ambulatorio. Na grande maioria dos casos, pude constatar que é grande a incerteza com que entram na clínica, manifestando muitas vezes sentimentos como medo, insegurança e desconhecimento quase do total do que este processo de transição lhes reserva. Sendo o acolhimento à unidade feito pelo enfermeiro, cabe a nós promover os melhores cuidados para uma transição eficaz.

Esta transição saúde-doença abrange todas as alterações súbitas inerentes à mudança de um estado de saúde para um estado de doença, as mudanças graduais no papel e bem-estar do doente, as mudanças de função no estado de doença para alcançar o bem-estar, e o papel súbito ou gradual de bem-estar na doença crónica (Meleis, 2010). Tendo por base o modelo de transição de Meleis (2010), a intervenção do enfermeiro deverá basear-se em três níveis de atuação: a avaliação da preparação, em que através da comunicação com o cliente se conhece as características e necessidades do mesmo; o papel de suplementação, referente à promoção do desenvolvimento de novos papéis; e por último, a preparação da transição, em que

² O modelo holístico preconiza a visão da pessoa com um todo, destacando a integração dos aspetos do corpo mente e espírito, de forma a promover um bem-estar físico e psicológico, assim como prevê a consideração do contexto social e relacional da pessoa na promoção do seu bem-estar efetivo (McEvoy & Duffy, 2008).

ocorre o assumir gradual das novas responsabilidades e competências. A missão dos enfermeiros no contexto de um processo de transição pode ser definida como a arte e a ciência de facilitar a transição da saúde humana e bem-estar (Hasani, Otaghi, Tafreshi, & Nasrabadi, 2013).

No processo de transição é fundamental que o enfermeiro promova a partilha de testemunhos pelos doentes e famílias, desta forma permitindo a interpretação dos significados das suas vivências face à sua nova situação de doença e necessidade de adaptação (Meleis, 2010). O conhecimento e compreensão por parte dos enfermeiros da perceção individual do doente e da forma como este vivencia a sua transição face ao início de um programa de HD, são importantes para os doentes a fim de receberem o apoio que precisam (Molzahn et al., 2008). Desta forma, ajudar os doentes a lidar com os processos internos subjetivos associados à nova fase que vivenciam é um foco essencial para o cuidado, considerando que se tem como objetivo uma qualidade de vida ótima por parte do doente em HD (Hutchinson, 2005).

Do enfermeiro especialista espera-se o desenvolvimento de habilidades investigativas complexas que os provenham de competências para decisões rápidas, de forma a proporcionar um cuidado apropriado e oportuno ao doente e família perante situações de saúde complexas (Carpenito-Moyet, 2010). Sendo os enfermeiros os elementos da equipa multidisciplinar que mais tempo passam com os doentes, deverão prestar cuidados de forma a promover o bem-estar físico e psicológico do doente (Fresenius Medical Care, n.d.). É fundamental que o enfermeiro se capacite não só de conhecimentos científicos e competências técnicas, mas que também tenha conhecimento de aspetos que considerem os sentimentos e necessidade dos doentes (Cesarino & Casagrande, 1998).

Segundo as competências definidas pela **European Dialysis and Transplant Nurses Association** (EDTNA) (1999) no perfil do Enfermeiro de nefrologia, a própria complexidade da insuficiência renal exige uma prestação de cuidados por parte do enfermeiro que tenha em consideração uma ampla variedade de necessidades físicas, sociais e psicológicas. É fundamental a intervenção do enfermeiro na gestão dos problemas de saúde decorrentes da insuficiência renal junto dos doentes, familiares e comunidade.

Smeltzer & Bare (2005) afirmam que o cuidado de Enfermagem à pessoa com DRC deve ser direcionado de forma a evitar as complicações decorrentes da redução

da função renal, devendo também promover intervenções que o ajudem a enfrentar a angústia e ansiedade associadas ao viver com uma doença de risco. É necessário que os enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em HD adaptem o cuidado às características destes doentes, devendo identificar os doentes em situação de maior fragilidade, em especial aqueles com múltiplas comorbilidades (Francisco et al., 2012).

Por ser muitas vezes o contacto mais direto com o doente e família e o elo de ligação com a restante equipa multidisciplinar, o enfermeiro assume a responsabilidade de fornecer a informação necessária ao doente e família relativamente à doença e suas implicações e limitações, plano terapêutico, aspetos inerentes à realização de HD, assim como os principais problemas que possam surgir. O enfermeiro é o principal prestador de cuidados nas unidades de HD, sendo ele o elo dominante na execução dos cuidados inerente ao pré, intra e pós HD. Assume assim um papel essencial na promoção da adesão aos padrões de tratamento, na educação para a saúde e na transmissão de segurança aos doentes (Minn, 2014).

A relação estabelecida entre enfermeiro e doente renal crónico em programa regular de HD, devido à sua regularidade e extensão de tempo, favorece muitas vezes o vínculo terapêutico. Esta relação permite ao enfermeiro minimizar os problemas decorrentes da cronicidade da doença, auxiliando o doente no enfrentamento da doença crónica, promovendo a intervenção ativa do mesmo em todo o processo (Frazão, Delgado, et al., 2014). Por isto, é fundamental que o seu desempenho reflita uma prática de elevada qualidade, através de cuidados seguros e efetivos num ambiente sustentado e seguro (Minn, 2014).

A assistência ao doente renal crónico deve ter como objetivo que o doente mantenha a maior qualidade de vida possível, tendo em consideração as restrições da doença (Thorne, Harris, Mahoney, Con, & McGuinness, 2004). O cuidado de enfermagem deverá fundamentalmente harmonizar a abordagem assistencial de uma forma holística, através da realização de intervenções que promovam cuidados seguros e de qualidade.

É assim fundamental que o enfermeiro especialista desenvolva não só as competências técnicas já claramente reconhecidas e aceites no enfermeiro em HD, mas também adquira e consolide competências enquanto prestador de cuidados, educador, defensor, facilitador, mentor e elo de referência para o doente renal crónico. O enfermeiro irá assim fornecer ao doente e família competências para a gestão da

DRC terminal, permitindo que os mesmos assumam a responsabilidade do seu tratamento e das suas opções de vida (Ran & Hyde, 1999).

A prática de um cuidar personalizado influencia diretamente a qualidade da assistência prestada, sendo o processo de enfermagem (PE) uma das formas de alcançar este objetivo (Bisca & Marques, 2010). Face ao doente em programa de HD, torna-se essencial a implementação do PE, no sentido em que permitirá ao enfermeiro a elaboração de um plano de cuidados específicos que abrangerá os cuidados com o doente, a identificação e monitorização dos efeitos adversos do tratamento e as complicações decorrentes da própria doença, assim como possibilitará o desenvolvimento de ações educativas de promoção, prevenção e tratamento (Frazão, Medeiros, Silva, Sá, & Lira, 2014). Em conjunto com o doente e a família, deve ser organizado um processo de planeamento de cuidados, que inclua estratégias para uma vivência segura e eficaz da nova fase que vivenciam. Esta ação deve ter como principal objetivo minimizar os impacto causado pelas mudanças impostas na vida do doente e família assim como pelas necessidade obrigatória de ajuste ao nova forma de vida (DGS, 2012).

Petronilho (2007) defende que o desafio dos enfermeiros perante a necessidade de apoio nos processos de transição, é entender estes processos e planear intervenções que prestem ajuda às pessoas, com vista à estabilidade e sensação de bem-estar.

1.2.2 Processo de enfermagem em hemodiálise

O enfermeiro especialista, enquanto elemento de uma equipa multidisciplinar, deve planear os cuidados a serem prestados, através da identificação das necessidades individuais de cada doente, proporcionando meios de atendimento que procurem uma melhor adaptação do tratamento, de forma a garantir uma melhor qualidade de vida (Bisca & Marques, 2010). É responsabilidade dos enfermeiros promover uma educação mais adequada e completa quanto possível, de forma a que possam tomar decisões apropriadas e ter um papel ativo nas suas decisões de saúde e fazer escolhas que irá atender seu estilo de vida o melhor (Chamney et al., 2009).

O PE é uma forma sistemática e dinâmica de organizar os cuidados de enfermagem. Promove um cuidado humanizado, implicando uma constante revisão dos cuidados de forma a obter os melhores resultados para o doente (Alfaro-Lefevre,

2005). Caracteriza-se pela sua utilidade no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem, e tem como finalidade a compreensão e descrição das respostas do indivíduo, os problemas de saúde que surgem, assim como as estratégias implementadas a fim de alcançar resultados (Araújo, 2013).

O PE começou por ser utilizado para melhorar a prestação de cuidados de enfermagem, de forma a possibilitar ao enfermeiro a sistematização dos seus cuidados, assim como a delegação de atividades à restante equipa, de uma forma clara e estruturada (Barra & Dal Sasso, 2012). Atualmente, o PE é considerado um processo dinâmico, que engloba cinco etapas: investigação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação (Alfaro-Lefevre, 2005):

- Investigação: ocorre no primeiro contacto entre doente/profissional. Tem como propósito a construção de uma base de dados relativa às necessidades do doente, os seus problemas de saúde e as respostas que este possa ter face ao problema (Almeida, 2011); permite realizar uma recolha de informação relativamente ao funcionamento anormal ou fatores de risco que possam causar problemas de saúde à pessoa, devendo também nesta fase identificar os pontos fortes da pessoa (Alfaro-Lefevre, 2005);
- Diagnóstico/Identificação de problemas: análise dos dados recolhidos inicialmente e identificação dos problemas reais e potenciais da pessoa (Alfaro-Lefevre, 2005);
- Planeamento: o enfermeiro estabelece prioridades, define objetivos, estrutura as intervenções necessárias e organiza os resultados esperados, elaborando o plano de cuidados (Almeida, 2011);
- Implementação: início da implementação das atividades de enfermagem necessárias ao alcance dos objetivos e resultados esperados, não se limita à implementação de intervenções mas também pela reflexão acerca do plano assim como relativamente ao que vai ser feito (Alfaro-Lefevre, 2005);
- Avaliação: avaliação da resposta do doente às intervenções de enfermagem, assim como a sua progressão para o alcance dos objetivos definidos anteriormente (Almeida, 2011).

A colheita de dados, no momento de admissão do doente na unidade, deve fornecer ao enfermeiro informação para o pensamento e raciocínio crítico de forma a que sejam tomadas decisões acerca dos diagnósticos de enfermagem (DE). A

informação recolhida fará parte do PE devendo a mesma ser confirmada e atualizada em todos os levantamentos subsequentes (NANDA International, 2013). Pode-se assim afirmar que os enfermeiros, em parceria com os doentes a quem prestam cuidados, recorrem ao processo diagnóstico para identificar os melhores diagnósticos e assim proporcionar ao doente um cuidado de enfermagem adaptado a si (NANDA International, 2013).

O uso deste instrumento influencia a qualidade dos cuidados no sentido em que define as necessidades dos doentes e orientações a seguir, assim como regista os resultados obtidos pelas intervenções levadas a cabo (Frazão, Medeiros, et al., 2013). Enquanto elementos de referência da equipa de saúde, os enfermeiros assumem uma posição de destaque que lhes possibilita avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com o cuidado ao doente (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009).

Ao fundamentar a sua prática no PE, o enfermeiro consegue obter informações importantes relativas ao doente, podendo fazer diagnósticos para as reais necessidades do doente e elaborar um plano de cuidados de enfermagem adequado. Desta forma será possível definir os resultados obtidos pelo cuidado prestado, sendo possível a avaliar a qualidade dos cuidados prestados, dando destaque à eficácia relativamente ao problema identificado e uma maior visibilidade da assistência prestada (Marques, Nóbrega, & Silva, 2012) .

A implementação de um PE direcionado ao doente em HD permitirá ao enfermeiro realizar a colheita de dados, elaborar um plano de assistência individualizado, no sentido em que possibilita a identificação e acompanhamento dos efeitos adversos do tratamento assim as como complicações decorrentes da própria doença. O uso do PE dará ainda a oportunidade de desenvolvimento de atividades no âmbito da promoção da educação, prevenção e tratamento (Frazão et al., 2013).

O doente renal crónico será assim alvo de cuidados de enfermagem diferenciados, que promovem a sua capacitação e da sua família para a compreensão da DRC e seu tratamento. Através do estabelecimento, validação e monitorização, com o doente e família de um plano para gerir a DRC, o enfermeiro poderá ajudar os doentes e família na adaptação e convivência diária com a nova doença promovendo uma maior qualidade de vida dos mesmos (EDTNA, 2007). O doente renal crónico receberá do enfermeiro um cuidado holístico que terá por objetivo a vivência diária

com a doença, fornecendo meios e estratégias para ultrapassar as dificuldades encontradas.

O levantamento de diagnósticos e a sua articulação com intervenções eficazes e coerentes são de extrema importância no sentido em que contribuem para alcançar resultados favoráveis ao doente. O uso dos DE melhora a qualidade da documentação relativa às avaliações dos doentes, assim como permite a identificação dos diagnósticos ocorridos mais frequentemente (Müller-Staub, 2009).

Pelas limitações causadas pela doença renal crónica, os efeitos secundários ao tratamento de HD, as limitações impostas na vida da pessoa, assim como a existência comum de múltiplas comorbilidades, a identificação do perfil de diagnósticos comuns ao doente renal crónico em programa de HD é fundamental no planeamento da assistência em enfermagem. Estes doentes requerem uma intervenção individualizada, sendo os DE considerados como a base de todo o PE (Bisca & Marques, 2010).

O termo diagnóstico de enfermagem surgiu pela primeira vez em 1953 com o objetivo de descrever uma etapa necessária ao desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem. Vinte anos mais tarde realizar-se-ia a primeira conferência sobre os DE com o propósito de reconhecer o conhecimento de enfermagem e estabelecer um sistema de classificação compatível com a informática. O diagnóstico de enfermagem define-se por representar um problema confirmado pela presença de características definidoras principais. É composto por quatro elementos: título, definição, características definidoras e fatores relacionados (Carpenito-Moyet, 2010).

Segundo Holanda & Silva (2009), o diagnóstico de enfermagem proporciona critérios mensuráveis para a avaliação do cuidado prestado. O seu uso fornece suporte e direção ao cuidado; facilita a pesquisa e o ensino; delimita as funções independentes de enfermagem; estimula a participação do doente no seu processo de cuidados; e contribui para a ampliação de um conjunto de conhecimentos próprios na enfermagem. Definir diagnósticos é necessário de forma a definir intervenções específicas e assim atingir resultados mensuráveis para a prática de enfermagem (Müller-Staub, 2009).

As intervenções de Enfermagem são definidas como todas as ações intencionalmente implementadas para cuidar dos doentes, englobando o conteúdo tanto das intervenções como os objetivos de enfermagem (Meleis, 2012). Incluem

tanto a assistência direta como a indireta; as assistências voltadas para indivíduos, famílias e comunidade e a assistência prestada em tratamentos iniciados pelo enfermeiro, médico e outro prestador (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2008). Planejar adequadamente as intervenções de enfermagem promove impacto sobre os resultados e também na qualidade da assistência.

A padronização da linguagem no PE é imprescindível no sentido em que permitirá que as necessidades sejam compreendidas por todos os enfermeiros e não apenas por aquele que as definiu (Crozeta, Lacerda, Meier, & Danski, 2008). Os sistemas de classificação estabelecem padrões de cuidados, que são utilizados internacionalmente, na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem (Nóbrega & Garcia, 2005). De forma para executar as diferentes etapas do PE, nomeadamente no que diz respeito aos diagnósticos, intervenções e resultados, é aconselhável o recurso aos sistemas de classificação (Garcia, Nóbrega, & Carvalho, 2004)

Os sistemas de classificação surgiram da necessidade de padronizar e classificar termos, que refletissem o significado destes fenómenos comuns na prática clínica da enfermagem. Estes sistemas permitem a prestação de cuidados através de uma linguagem única e a descrição da enfermagem clínica (Furuya, Nakamura, Gastaldi, & Rossi, 2011).

O uso correto e profissional de terminologia própria de enfermagem é fundamental para que os enfermeiros evidenciem o seu impacto no cuidado ao doente (Nytun & Fossum, 2014). Também Barra & Del Sasso (2012) consideram que o uso de uma terminologia específica, previamente acordada e devidamente organizada é uma mais valia para a valorização da enfermagem e das suas contribuições nos cuidados prestados. Afirmam ainda que o recurso a uma terminologia única permite aos enfermeiros codificar, armazenar e recuperar informação. Neste contexto, é importante o uso de linguagem standard tanto para os diagnósticos como para as intervenções e avaliação de resultados.

Atualmente são vários os sistemas de classificação disponíveis para o desenvolvimento das várias etapas do PE, criados com o intuito de uniformizar a linguagem de enfermagem para assim criar uma forma de comunicação global entre os enfermeiros. Entre os mais conhecidos e utilizados podemos referir a NANDA – North American Nursing Diagnosis Association; a Classificação das Intervenções de

Enfermagem – NIC; Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC; o Sistema Omaha; a Classificação dos Cuidados Clínicos de Saba – CCC (Clinical Care Classification) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

O desenvolvimento deste trabalho restringiu-se a NANDA e CIPE. Este facto deveu-se a ambas as linguagens de enfermagem representarem a categorização dos elementos da prática da enfermagem, estabelecendo uma ligação à realização do PE. Desta forma, são utilizadas no âmbito dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. De referir ainda a importância de representarem os conhecimentos estruturados em grupos ou classes estabelecidas pelas semelhança, sendo a sua organização um processo teórico que utiliza abordagens dedutivas e indutivas para sua organização (Crozeta et al., 2008). Tanto CIPE como NANDA descrevem o conhecimento base e a área específica de cuidado pela qual a enfermagem é responsável (Müller-Staub, 2009).

A NANDA tem contribuído de forma bastante significativa para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos DE uma vez que ao longo do tempo foram diversos os melhoramentos que foram feitos, com vista ao desenvolvimento de um sistema conceptual para a classificação dos DE.

A NANDA teve a sua origem no *National Group for the Classification of Nursing Diagnoses*, grupo criado na primeira conferência sobre os DE (Carpenito-Moyet, 2010). Em 1989 foi publicada a classificação dos DE organizados numa estrutura designada por Taxonomia I. Esta foi estruturada em nove categorias definidas a partir do modelo conceitual dos Padrões de Respostas Humanas. Perante a dificuldade encontrada a categorizar novos DE, iniciou-se novos estudos para criação de uma nova taxonomia que envolvesse uma estrutura mais eficiente para inclusão em bases de dados informatizados e uma linguagem mais significativa para os DE (NANDA International, 2013). Em 2001, após várias ações, surgiu a Taxonomia II, organizada em 13 domínios, 106 classes e 155 diagnósticos. Desde aí a Taxonomia II da NANDA tem vindo a ser melhorada, com a inclusão de novos diagnósticos (Barros, 2009).

A classificação NANDA é a única classificação que define os DE concetualmente e abrange a maioria dos critérios de classificação (Müller-Staub, 2009). É considerada a mais bem fundamentada e mais implementada internacionalmente (Stanton, Revenson, & Tennen, 2007). Esta classificação é uma linguagem de enfermagem reconhecida, facto que possibilita que o sistema de classificação seja aceite como

uma prática de apoio à enfermagem, no sentido em que faculta uma terminologia de utilidade clínica (NANDA International, 2013).

O termo diagnóstico de enfermagem é definido como

um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável” (NANDA International, 2013, pág. 588).

Os diagnósticos de NANDA-I são construídos com base num sistema multiaxial, composto por eixos (eixo 1- foco de diagnóstico; eixo 2- sujeito de diagnóstico; eixo 3- julgamento). Por sua vez, os componentes dos eixos são combinados para formar diagnósticos semelhantes na sua forma. Ao utilizar a taxonomia NANDA, os enfermeiros devem reconhecer os diagnósticos que mais se adequam à sua área de intervenção, no contexto da sua prática diária e em conformidade com os regulamentos legais da mesma (NANDA International, 2013).

A NIC é uma classificação abrangente e padronizada das intervenções de enfermagem que surgiu em 1992. Destaca-se pelo comportamento de enfermagem, isto é, as ações de enfermagem que auxiliam o doente a alcançar o resultado desejado (Johnson et al., 2012). Segundo a NIC, a intervenção de enfermagem é qualquer ação levada a cabo com vista ao tratamento, baseada no julgamento e no conhecimento clínico realizado pelo enfermeiro para melhorar os resultados do doente (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010). Estas intervenções estão relacionadas com os diagnósticos de enfermagem NANDA e com os resultados da classificação de resultados de enfermagem (NOC) (Barros, 2009).

A NOC surgiu em 1997 e define-se como uma classificação abrangente e padronizada dos resultados dos doentes, podendo ser utilizada como forma de avaliação dos resultados das intervenções. São estes resultados que permitem avaliar o sucesso de uma intervenção de enfermagem (Johnson et al., 2012).

Na altura do aparecimento da taxonomia II NANDA, foi estabelecida uma parceria com o Centro de Classificação da Escola de Enfermagem da Universidade de Iowa, no sentido de desenvolver uma estrutura taxonómica comum. O desenvolvimento desta taxonomia comum tinha como objetivo de estabelecer uma ligação entre três classificações: diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem. Esta taxonomia comum para a prática de enfermagem viria a incluir a NANDA (diagnósticos de enfermagem), a NIC (intervenções de

enfermagem) e a NOC (resultados de enfermagem), com possibilidade de incluir outras linguagens (NANDA International, 2013). NANDA Internacional desenvolveu assim uma terminologia comum NANDA-NIC-NOC, com o objetivo de relacionar diagnósticos, intervenções e resultados (Barros, 2009).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), foi elaborada pelo *Internacional Council of Nursing* (ICN) para ser utilizada no processo de implementação do PE (Barra & Dal Sasso, 2012). Foi constituída a partir de outras terminologias existentes, de forma a uniformizar as terminologias científicas utilizadas pela enfermagem. Reúne os diagnósticos, as intervenções e os resultados da prática de enfermagem (ICN, 2014).

A CIPE tem como objetivos servir como base para a articulação entre a contribuição da Enfermagem e a saúde global, assim como desenvolver a concordância com outras classificações utilizadas. Associados à sua utilização, surgem como benefícios o estabelecimento de uma linguagem internacional que facilita a descrição e a comparação das práticas de enfermagem; a representação dos conceitos de enfermagem utilizados nas diversas especialidades e cultura; a produção de informações sobre a prática que influenciam a tomada de decisão e a construção de políticas de saúde; a melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e a possibilidade de propiciar um conjunto de dados que subsidiem pesquisas na área (ICN, 2014)

Trata-se de uma linguagem unificada que expressa os elementos do cuidado de enfermagem e que permite comparações entre contextos clínicos, populações de doentes, áreas geográficas ou tempo. Possibilita a identificação da enfermagem em equipas multidisciplinares, a diferenciação da prática por níveis de preparação e experiência em enfermagem e também a representação das correlações entre as atividades de enfermagem e os resultados em saúde (ICN, 2014).

Esta classificação caracteriza-se pela categorização de fenómenos, ações e resultados de enfermagem (Barros, 2009). Fornece assim uma estrutura de dados, informações e conhecimento que respondem às necessidades dos enfermeiros na sua prática. Pode-se assim afirmar que esta classificação permite integrar, organizar e garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem, permitindo a avaliação da sua eficácia e efetividade (Barra & Dal Sasso, 2012).

Para uma eficaz articulação da prática de Enfermagem, é fundamental uma

terminologia que utilize a tecnologia científica mais moderna para a sua manutenção e desenvolvimento, e que envolva a participação a nível mundial na investigação e na aplicação clínica. Atualmente, são estas as características-chave do programa da CIPE. Por se tratar de uma terminologia padronizada, a CIPE permite criar dados viáveis e válidos relativos ao trabalho de Enfermagem. Os diagnósticos e intervenções de Enfermagem permitem a avaliação dos resultados dos cuidados prestados aos doentes, no sentido em que permitem a avaliação relativamente ao modo como enfermeiros fazem e em relação ao que faz diferença nos resultados do doente de forma quantitativa e comparado entre pontos de prestação de cuidados em todo o mundo (ICN, 2014).

Segundo a CIPE, o diagnóstico de enfermagem é o rótulo atribuído pelo enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que é o foco das intervenções de Enfermagem. Um diagnóstico de Enfermagem é composto pelos conceitos contidos nos eixos de classificação de um fenómeno. De referir que, nesta taxonomia, o fenómeno de enfermagem é o alvo de intervenção para a prática de enfermagem (ICN, 2014).

Barra & Dal Sasso (2012) afirmam que a CIPE é abrangente pois possibilita o desenvolvimento e aprimoramento da prática profissional, contribuindo para a visibilidade da prática de enfermagem na área da saúde, podendo ser utilizada pelos enfermeiros nas diversas áreas de intervenção.

Os sistemas de classificação apresentam resultados idênticos no que se refere à contribuição para a melhoria da organização dos serviços, com resultados efetivos em relação à qualidade dos cuidados prestados (Furuya et al., 2011). A formação dos enfermeiros para o uso das classificações de enfermagem e a forma de definição de diagnósticos, intervenções e resultados, suportados numa teoria, é fundamental para o uso seguro e significativo das classificações de enfermagem (NANDA International, 2013).

O PE é um instrumento de primordial importância para cuidados de enfermagem de qualidade, com vista à promoção da saúde e prevenção das complicações associadas no doente (Araújo, 2013).

1.3 Processo de Enfermagem: levantamento de diagnósticos de enfermagem

O uso de diversos sistemas de classificação para implementação do PE mostra resultados semelhantes, nomeadamente na contribuição para a melhoria da organização dos serviços, com resultados efetivos na qualidade da assistência (Furuya et al., 2011). O levantamento de diagnósticos de enfermagem proporcionam um cuidado direcionado, através das atividades desenvolvidas junto do doente, proporcionando assim uma maior segurança no planeamento de cada caso (Teston, Marques, & Marcon, 2010)

Teston et al. (2010) concluíram que o esclarecimento da pessoa e família e sua orientação relativamente à sua condição de saúde, promovem a satisfação das suas necessidades capacitando-os no seu papel como elemento fundamental no processo de vivência e controlo da doença. Esta transição mostrou-se assim mais suave e suportável para a pessoa com doença crónica, devido às orientações, atividades e encaminhamentos recebidos através da participação no referido projeto. Os mesmos autores concluíram que o uso do diagnóstico de enfermagem e a implementação de um plano de cuidados, integram um relevante instrumento do cuidado.

Um estudo desenvolvido na saúde da criança, mostrou que o uso de uma taxonomia de enfermagem permite a obtenção de melhores perfis epidemiológicos da saúde infantil, demonstrando a contribuição da enfermagem na qualidade da atenção a partir do uso do sistema de classificação. Os mesmos autores referem que um estudo sobre CIPE desenvolvido no Canadá, promoveu o uso sistemático da avaliação e documentação padronizada do doente, tendo desta forma permitido a obtenção de dados relativamente aos resultados dos doentes. Concluiu-se que CIPE era uma forma facilitadora para a extração de informação relevante registada de forma eletrónica (Hannah, White, Nagle, & Pringle, 2009).

Monsen et al. (2010) recorreram aos dados disponíveis nos sistemas informáticos para identificar necessidades dos doentes e demonstrar resultados dos cuidados prestados, nas áreas de saúde materna e infantil. Os dados obtidos, recolhidos através da documentação de enfermagem (*Omaha System*), revelaram uma melhoria estatisticamente significativa em 34 dos 40 problemas. Helleso (2006) refere que a utilização de um modelo eletrónico estruturado possibilita a disponibilização de uma vasta informação registada pelos enfermeiros, quando comparado ao uso de formulários de papel.

A implementação de diagnósticos, intervenções e avaliação de resultados otimiza a qualidade dos cuidados de enfermagem, no sentido em que a definição precisa de diagnósticos e a sua ligação com intervenções precisas é fundamental para o alcance de resultados favoráveis junto dos doentes. No entanto, o estabelecimento isolado de diagnósticos de enfermagem é insuficiente para identificar as necessidades dos doentes (Müller-Staub, 2009).

Marques et al. (2012) procuraram desenvolver diagnósticos de enfermagem a partir dos indicadores clínicos das necessidades humanas básicas identificadas em adolescentes hospitalizados. Da revisão da literatura feita foram consideradas 33 necessidades, sendo identificados 484 indicadores empíricos para adolescentes hospitalizados, os quais foram validados, resultando em 319 indicadores, sendo 200 nas necessidades psicobiológicas, 116 nas necessidades psicossociais e 3 na necessidade psicoespiritual. Em seguida foram validados 60 diagnósticos de enfermagem utilizando a CIPE. Concluiu-se que o desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem para adolescentes hospitalizados contribui para atender de forma mais específica as suas necessidades, bem como para o avanço na implementação da sistematização da assistência de Enfermagem no hospital pesquisado.

Numa clínica pediátrica, de forma a construir diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem foram elaborados 107 diagnósticos e resultados de enfermagem, tendo 48 atingindo um índice de concordância igual ou superior a 0.8 (44,85%) pelos enfermeiros peritos, no processo de validação. Para estas diagnósticos, foram elaboradas 330 intervenções de enfermagem, das quais 270 foram validadas pelos mesmos enfermeiros. Deste processo concluiu-se que a elaboração de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem é uma ferramenta significativa para a qualidade da sistematização da assistência, uma vez que o diagnóstico, quando utilizado corretamente, permite adequar a forma de cuidar através das intervenções a serem implementadas, promovendo uma comunicação clara, precisa e objetiva entre os vários elementos da equipa promovendo um cuidar consistente por parte de toda a equipa de enfermagem (Nóbrega, Nóbrega, & Silva, 2010)

Com o objetivo de descrever o julgamento clínico da enfermagem para identificar diagnósticos NANDA e desenvolver um plano de tratamento NIC para uma criança em pós-operatório de cirurgia cardíaca em terapia intensiva, Ruiz et al. (2014)

identificaram quatro principais diagnósticos, aos quais foram direcionadas dez intervenções. A proposta de intervenções para responder às necessidades humanas prioritárias da criança foi otimizada pelo uso das terminologias padronizadas. Todos os diagnósticos foram sustentados por indicadores de diagnóstico e todas as intervenções foram cientificamente sustentadas. O uso de terminologias standard (NANDA-I e NIC) constituem um método consistente, baseado em teorias científicas e evidências, promovendo a visibilidade do conhecimento e o julgamento clínico de enfermagem, gerando intervenções de enfermagem adequadas.

Tendo por objetivo descrever diagnósticos de enfermagem, no cuidado ao doente idoso a curto e longo prazo, usando CIPE, foram detetados 2673 diagnósticos, sendo a média superior nos cuidados domiciliários do que nos cuidados hospitalares. Constatou-se que os resultados obtidos e contribuem para o desenvolvimento de um catálogo CIPE para o cuidado à pessoa idosa, ajudando a compreender a natureza das suas necessidades (Ausili, Sironi, Rasero, & Coenen, 2012).

Araújo, Nóbrega, & Garcia (2013), tendo como população-alvo os doentes portadores de insuficiência cardíaca congestiva, construíram construídas 92 diagnósticos de enfermagem que, depois de normalizadas, passaram a 66. A CIPE revelou-se como um instrumento que pode proporcionar a promoção, a organização e a qualidade do cuidado, contribuindo para a autonomia e autoconfiança profissional. O uso desta linguagem evidenciou ainda a visibilidade das práticas de enfermagem e valorização da profissão.

De forma a identificar os DE mais frequentes e propor intervenções específicas para indivíduos com doenças crônicas no domicílio, Teston et al. (2010) concluíram que o uso de diagnósticos de enfermagem no âmbito domiciliar possibilita maior valorização do papel da família no cuidado ao indivíduo com doença crônica, proporcionando maior qualidade de vida e por seguinte evita o reinternamento. Constatou-se ainda que alguns diagnósticos de enfermagem se repetiram, demonstrando que algumas necessidades de cuidados são comuns num grupo de pessoas. No mesmo grupo, as intervenções programadas para cada caso mostraram-se efetivas, resultando sempre em mudanças na forma de lidar com a doença pelos doentes e famílias. Estes resultados suportam a importância do acompanhamento diferenciado destes doentes, assim como do apoio e assistência individualizada inerentes a este projeto (Teston et al., 2010).

Crozeta et al. (2008) consideram a utilização do DE como uma ferramenta valiosa para uma prática profissional autônoma e visível, concluindo que o DE e as taxonomias representam instrumentos de trabalho fundamentais, no sentido em que favorecem a relação entre conhecimento e cuidado.

A identificação dos resultados específicos para diagnósticos é essencial, desta forma será possível expandir a base de conhecimentos de enfermagem e identificar a relação custo-efetividade das intervenções de enfermagem (Moorhead & Johnson, 2004).

O uso dos diagnósticos de enfermagem melhorou a qualidade das avaliações dos doentes documentadas. A definição de diagnósticos de enfermagem isolada é insuficiente para apreender as necessidades dos doentes. Independentemente do método utilizado, a educação nos diagnósticos de enfermagem deve focar-se na razão do diagnóstico, focando-se na identificação adequada de sinais e sintomas. Diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados não deve ser ensinada como unidades separadas, mas incluídos na educação (Müller-Staub, 2009).

Existem já diversos estudos relativamente a quais os diagnósticos mais comuns na população em HD.

Holanda & Silva (2009) identificaram um total de 13 diagnósticos de enfermagem de enfermagem, em NANDA. Estes diagnósticos foram expressos na sua maioria por alterações fisiológicas causadas pelo tratamento de HD, o que demonstra que a equipa de enfermagem deve estar atenta as alterações fisiológicas/psicobiológicas.

Bisca e Marques (2010) verificaram que o diagnóstico de enfermagem “risco de infeção” esteve presente em 100% dos processos analisados, enquanto que para “proteção ineficaz” e “controlo ineficaz do regime terapêutico” a percentagem foi de 80,6% e 54,8% respetivamente. Concluíram que a identificação do perfil de diagnósticos é fundamental o planeamento dos cuidados de enfermagem, no sentido em que os doentes em HD necessitam de uma assistência individualizada, sendo os diagnósticos de enfermagem considerado como a base para todo o PE. O planeamento adequado de um conjunto de intervenções direcionadas ao doente renal crónico influenciará a qualidade da assistência assim como o impacto dos resultados.

Frazão, Medeiros, et al. (2013), utilizando a taxonomia NANDA e a teoria de adaptação de Roy, identificaram e descreveram 11 diagnósticos de enfermagem, sendo que o diagnóstico “controlo ineficaz do regime terapêutico” se destacou. A

identificação dos diagnósticos permite a construção de uma base de conhecimento sendo que, quando contextualizados numa teoria própria, enriquecem o cuidado e fortalecem o conhecimento científico da profissão (Frazão, Medeiros, et al., 2013).

Deuselândia et al. (n.d.) procuraram identificar os diagnósticos de enfermagem em doentes em HD, segundo a taxonomia II da NANDA-I e modelo conceitual de Horta. Foram evidenciados 25 diagnósticos de enfermagem nos clientes avaliados, sendo que a maioria foi evidenciada por alterações fisiológicas causadas pelo tratamento de HD. Constatou-se mais uma vez a evidência de necessidade em dar especial atenção às alterações fisiológicas/psicobiológicas. Os resultados deste estudo demonstraram que o uso de uma teoria facilita a identificação dos problemas dos doentes, contribuindo para identificar os DE e também para o desenvolvimento competências para o julgamento clínico fundamental ao exercício profissional do enfermeiro.

Num estudo desenvolvido com o objetivo de determinar os diagnósticos de enfermagem em doentes submetidos à HD, identificaram-se um total de 24 diagnósticos mais frequentes, sendo que 6 deles estavam presentes em 100% da amostra. Concluiu-se que o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem comuns aos sujeitos submetidos a HD servirá como uma forma de auxílio ao enfermeiro que presta cuidados ao doente em HD, fornecendo ferramentas para o planeamento do cuidado (Povoeda, Alves, Santos, & Alessandra, 2008).

No estudo levado a cabo por Frazão et al. (2014), utilizando a taxonomia NANDA, pode constatar-se que foram identificados 24 diagnósticos de enfermagem, sendo que os mais comuns nos doentes renais crónicos em HD, eram risco de infeção, excesso de fluídos e hipotermia. Os diagnósticos mais frequentes estão inseridos no domínio da segurança/proteção e nutrição.

Já o estudo desenvolvido por Lins, Santo, Fuly, & Garcia (2013) deu origem a um subconjunto de conceitos de diagnósticos em linguagem CIPE, tendo sido validados um total de 70 diagnósticos. Estes diagnósticos foram construídos com base nas regras propostas pela CIPE, sendo que a utilização deste sistema de classificação demonstrou como o sistema de classificação é versátil, capaz de atender a uma multiplicidade de respostas humanas e facilmente adaptável à cultura de trabalho local.

Com base nos estudos acima descritos, pode concluir-se que existe um conjunto

de diagnósticos que assumem um lugar de destaque na intervenção junto do doente renal crónico, justificando-se assim a necessidade de procurar fundamentar a sua importância.

Pode-se, no entanto, também afirmar que são inúmeros os diagnósticos passíveis de se identificar junto dos doentes renais crónicos em HD, sendo a sua incidência em parte dependente das características da população-alvo.

O DE e as intervenções quando interligados, permitem melhor solução para o problema levantado, facilitando a conduta de enfermagem e mantendo a assistência individualizada (Sakano & Yoshitome, 2007). Pode assim constatar-se que a utilização dos diagnósticos de enfermagem, suportada em taxonomias como instrumento de padronização da linguagem, é uma ferramenta valiosa para a implementação dos cuidados, representando um desafio para a prática profissional, uma vez que o estabelecimento de um diagnóstico especifica uma situação a ser alcançada, o que demanda uma dupla obrigação: intervir e avaliar a eficácia da intervenção realizada (Garcia et al., 2004).

Para a definição de intervenções individualizadas é necessária uma abordagem sistemática ao doente, de forma a identificar as necessidades de cuidados de enfermagem do mesmo. A identificação de diagnósticos e a consequente execução de intervenções específicas contribuem para a obtenção de resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, que se traduzem em ganhos de saúde (OE, 2016).

Com base na literatura revista e com base no acima descrito pode concluir-se que o recurso aos diagnósticos de enfermagem traz sem dúvida uma mais-valia aos cuidados de enfermagem, promovendo uma prática mais eficaz com melhores resultados para o doente em processo de transição. O raciocínio clínico é promovido junto do enfermeiro, de forma a estabelecer um plano de cuidados individualizado. Importa, no entanto, salientar que os diagnósticos de enfermagem são apenas uma parte de todo o processo que é preciso implementar para um cuidado centrado no doente, devendo por isso não descuidar as intervenções específicas assim como os resultados. Consequentemente o doente receberá um cuidado direcionado às suas próprias lacunas e necessidades, tendo uma maior obtenção de ganhos em saúde.

2 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A PRÁTICA DESENVOLVIDA

Como suporte ao percurso que originou este relatório, desenvolvi o meu estágio com base nas orientações de um trabalho de projeto. Entende-se por trabalho de projeto

“um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer” (Gonçalves et al., 2010, p4).

O estágio consistiu em dois momentos principais: numa primeira fase efetuei o estágio numa clínica de HD periférica, durante um período de seis semanas. Posteriormente, durante doze semanas, desenvolvi o meu percurso de estágio num hospital pertencente a um Centro Hospitalar de Lisboa, onde dividi o meu percurso pelo Serviço de Nefrologia (Internamento, HD e Diálise Peritoneal) e Unidade de Transplantação Renal do mesmo hospital (Apêndice 1 e Apêndice 2).

De acordo com Alarcão & Rua (2005) os estágios são momentos de observação e intervenção com os objetivos de desenvolver capacidades, atitudes e competências. Considerando que a realização deste trabalho e o percurso a ele associado têm como objetivo o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, ao longo do decorrer dos mesmos usei como estratégias a observação e a reflexão sobre a prática de peritos no cuidar a pessoa com DRC e sua família nos referidos campos de estágio, nomeadamente os enfermeiros orientadores. Para Benner (2001), os enfermeiros orientadores representam uma fonte de novos dados e de novos saberes sobre os cuidados de enfermagem.

A oportunidade de participar na prestação de cuidados ao doente renal crónico e família, inserida em equipas de saúde de excelência, foi de particular importância para mim, na medida em que me possibilitou refletir na ação (*reflection-in-action*), ou seja, permitiu refletir acerca dos meus cuidados no momento da sua prestação e modificá-los de acordo com o desenrolar de cada ação, contrariando o agir automático e rotineiro e, simultaneamente, transformar a minha prática (Rua, n.d.;Waldow, 2009). Waldow (2009) refere que o profissional ao refletir sobre o que se faz, permite atualizar-se, renovar-se, simplificar-se e tornar-se melhor e mais eficiente.

Considero que em todos os locais de estágio onde desenvolvi o meu percurso me foi possível adquirir, desenvolver e complementar competências de enfermeiro especialista, neste caso em nefrologia, uma vez que, segundo o Regulamento das

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, previsto no Regulamento n.º 122/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 35, de 18 de fevereiro, o enfermeiro especialista apresenta um conhecimento aprofundado

“num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Deste modo, parece-me assim pertinente a descrição das competências comuns do enfermeiro especialista desenvolvidas ao longo dos diversos campos de estágio onde desenvolvi o meu percurso, no sentido em que as mesmas serviram de base para a minha prática assim como orientaram o meu percurso.

Nas competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, que pressupõem um exercício seguro no respeito dos direitos humanos, assente no conhecimento ético-deontológico, na avaliação das melhores práticas e nas preferências do doente, considero que a minha prática o refletiu sendo que ao longo de todo o meu percurso procurei a prática de um exercício seguro, profissional e ético suportado numa tomada de decisão em parceria com a pessoa e família e baseada nos conhecimentos e na experiência adquirida até então. Considero ainda ter tido oportunidade de consolidar conhecimentos e competências no que respeita à análise e revisão das práticas como estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados, promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção da pessoa com DRC e sua família.

Relativamente às competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, que incluem a participação em projetos institucionais na área da qualidade até à sua operacionalização, bem como a promoção de uma envolvimento adequada e a gestão do risco, considero ter adquirido estas competências no sentido em que se por um lado me foi possível participar em projetos que estavam a ser desenvolvidos nos diferentes serviços, por outro as experiências adquiridas ao longo de todo o percurso permitiram-me levar para a minha prática diária novas ideias e práticas que em parte contribuíram para o desenvolvimento de ações promotoras da qualidade. A oportunidade de participar numa auditoria de avaliação do risco na clínica de HD permitiu-me também desenvolver competências nesta área, assim como me despertou sentido crítico relativamente a práticas observadas ao longo de todo o

percurso desenvolvido. Aqui tive também oportunidade de avaliar a qualidade dos cuidados assim como sugerir melhorias e correções.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) (2000) a liderança determina uma componente essencial da gestão. Em enfermagem inclui a orientação de outros, promovendo criação de um ambiente e de condições para o desenvolvimento contínuo e a qualidade dos cuidados. No que diz respeito às competências no domínio da gestão dos cuidados, relacionado com a otimização das respostas de enfermagem e da equipa de saúde, considero que os locais de estágio onde me foi possível o desenvolvimento mais significativo foi na clínica de HD e no serviço de internamento de nefrologia. Este facto deveu-se a nestas duas unidades, prestar cuidados em colaboração com as enfermeiras responsáveis pela área de gestão de cuidados.

No serviço de internamento em nefrologia, uma vez que a orientadora que me foi atribuída é chefe de equipa, em alguns dos turnos realizados tive oportunidade de colaborar na gestão dos cuidados, participando na otimização das respostas de enfermagem e da equipa de saúde, no sentido em que era o elemento a que cabia a distribuição dos recursos humanos de acordo com as necessidades surgidas durante o turno, assim como a adequação e ajuste dos mesmos face a situações súbitas e inesperadas (transferências de doentes, agudização de situações clínicas, gestão de vagas). Por estar a acompanhar o elemento responsável de turno, que tinha como atividades o conhecimento geral dos doentes do serviço, a gestão dos cuidados assim como a articulação da continuidade de cuidados foi-me também possível desenvolver e consolidar competências na área gestão de cuidados. Foi-me assim dada a possibilidade de participar na gestão de recursos materiais de forma a garantir uma prestação de cuidados de qualidade (como por exemplo reposição de stocks e pedidos para necessidades futuras). A referir ainda atividades como a gestão de vagas, distribuição de doentes por enfermeiro de acordo com as necessidades de cuidados, preparação da alta do doente e procedimentos necessários.

Segundo o “Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em HD” é desejável que exista em cada turno um enfermeiro nomeado como responsável de turno que tem como responsabilidade a resolução das questões de natureza organizacional e assistencial que possam surgir. Este enfermeiro deverá ser um elemento com elevadas competências com autonomia e

autoridade na equipa multidisciplinar, sendo da sua responsabilidade a liderança e supervisão. É ainda responsabilidade deste enfermeiro a coordenação das atividades com os diversos elementos da equipa. O enfermeiros responsável de turno deve ainda colaborar no ensino, treino e supervisão de novos elementos da equipa, no que abrange as suas competências (OE, 2016).

Considero por isso, que o processo de aprendizagem no serviço de nefrologia acima referido foi enriquecedor para o meu desenvolvimento profissional, no sentido em que o acompanhamento do enfermeiro responsável de turno me permitiu não só experienciar esta função num contexto profissional diferente do meu, possibilitando-me a aquisição de novos conhecimentos e competências que me poderei transpor para a minha prática profissional. me permitiu adquirir e consolidar competências que irão contribuir para o desempenho das funções inerentes à figura de responsável de turno.

O facto de ter tido como campos de estágio diferentes áreas de intervenção ao doente renal crónico possibilitou-me adquirir conhecimentos específicos e aprofundados inerentes ao cuidar do doente renal crónico, em diferentes estadios da doença. Pela mesma razão, foi-me possível desenvolver competências nos contextos de intervenção do enfermeiro de nefrologia, definidos pela EDTNA/ERCA (2007): HD, DP e transplante.

Contribuiu para o meu desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista a prestação de cuidados ao DRC ao nível do apoio, educação, prevenção de complicações e reabilitação, promovendo sempre a independência e participação ativa dos mesmos no seu cuidado. Foi-me também possível participar, colaborar e até agir de forma autónoma no julgamento clínico e tomada de decisão requerido face à situação individualizada de cada doente.

Em todos os serviços onde realizei o campo de estágio, considero ter-me integrado na equipa multidisciplinar de forma adequada e positiva, contribuindo para um melhor desenvolvimento do percurso de aprendizagem, no sentido em que me permitiu adquirir conhecimentos e competências através das experiências e realidades partilhadas pelos vários elementos das diferentes unidades.

Por cada campo de estágio apresentar peculiaridades relativamente às atividades desenvolvidas e consequentemente as competências desenvolvidas serem de maior

especificidade, considero importante a descrição das atividades e competências serem feitas de forma individualizada.

Na clínica de HD foi-me possível proporcionar cuidados ao doente renal crónico numa situação de maior estabilidade, promovendo o seu acompanhamento e monitorização relativamente aos aspetos inerentes à realização do tratamento de HD. O contacto três vezes por semana permitiu um acompanhamento regular, prestando cuidados com o objetivo de promover a sua adaptação e bem-estar face ao programa de HD e suas implicações, possibilitando o acompanhamento e avaliação regular do doente e adequação da intervenção face à resposta de cada um. As atividades inerentes ao acompanhamento e monitorização do doente foram grandemente desenvolvidas devido a nesta área haver uma grande continuidade de cuidados que permite o desenvolvimento de uma relação terapêutica de confiança entre enfermeiro e doente.

De referir a possibilidade de participação no Programa de Intervenção de Ação Social, Nutrição e Enfermagem (PIASNE), que consiste na realização de visitas domiciliárias a doentes da clínica referenciados por qualquer elemento da equipa multidisciplinar. Estas visitas realizadas por Enfermeira, Assistente Social e Nutricionista, têm por objetivo a visita ao doente no seu contexto domiciliário e visam a deteção de possíveis situações de risco e respetiva intervenção. Nesta visita foi-me possível intervir junto do doente e família de forma ajudá-los na compreensão da DRC e do tratamento, promovendo a sua educação e desenvolvimento de competências direcionadas às lacunas identificadas. Esta visita possibilitou-me o desenvolvimento de competências de forma diferenciada no sentido em que permitiu abordar o doente e família no seu ambiente de conforto, possibilitando assim a capacitação dos mesmos na compreensão da DRC e seu tratamento.

Foi ainda neste campo de estágio que me foi possível desenvolver o levantamento de dados inerente ao desenvolvimento do projeto “diagnósticos de enfermagem no doente renal crónico”. Durante o percurso desenvolvido tive oportunidade de realizar a consulta de admissão de doentes, assim como entrevistas a uma amostra selecionada de doentes de forma a identificar os principais problemas de cada um. Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento de competências do enfermeiro perito em nefrologia, nomeadamente ao que diz respeito à identificação e gestão das comorbilidades associadas à DRC. Estas atividades possibilitam o futuro

desenvolvimento de habilidades enquanto enfermeiro especialista no sentido em que permitirão intervir junto do doente renal crónico através do planeamento de cuidados diferenciado e ajustado de acordo com as suas necessidades físicas, psicológicas, culturais e espirituais.

No serviço de internamento de nefrologia, a minha intervenção foi sobretudo direccionada ao doente renal crónico em situação agudizada da doença, tendo os cuidados já sido direccionados para um foco específico. Considero que as intervenções por mim levadas a cabo neste campo de estágio foram mais específicas, tendo tido oportunidade de contactar com uma grande variedade de doentes, em diferentes fases da doença renal crónica. De referir que o facto de ter assistido a uma fase de alteração do programa informático para registo de cuidados, onde havia a necessidade de um planeamento de cuidados através do levantamento de diagnósticos e intervenções. Este facto permitiu-me adquirir conhecimentos nesta área assim como ter percepção das vantagens e dificuldades levantadas.

Ao nível do percurso desenvolvido no serviço de HD hospitalar, considero pertinente destacar a oportunidade de prestação de cuidados ao doente renal crónico em HD em contexto hospitalar. Sendo o meu contexto de trabalho uma unidade de HD periférica, considero que ao nível dos cuidados inerentes à realização do tratamento de HD foram poucas as diferenças percecionadas relativamente ao já conhecido. Vejo como maior momento de aprendizagem o contacto com a pessoa com DRC num momento de desequilíbrio do seu processo de doença. Pela situação de fragilidade em que estes se encontram, causada pela agudização da DRC ou por outro processo de doença não associado à doença renal crónica, o tratamento dialítico destes doentes é ajustado diariamente e muitas vezes alterado com o decorrer da sessão. Este facto implica um acompanhamento e monitorização do doente precisos e rigorosos de forma a promover o seu bem-estar assim como prevenir a ocorrência de complicações. Assim, é importante referir que neste campo de estágio as competências desenvolvidas no percurso de futura enfermeira especialista foram direccionadas ao cuidado da pessoa em situação crítica pois desenvolvi atividades de enfermagem junto da pessoa em situação de instabilidade.

No serviço de transplantação renal, nomeadamente na consulta de pré-transplante e consulta de dador vivo acho pertinente evidenciar o papel do enfermeiro como educador, no sentido em que os cuidados de enfermagem prestados ao doente

renal crónico têm como alvo a preparação do doente para um transplante. A intervenção do enfermeiro ocorre sobretudo na área da educação para a saúde de forma a promover o conhecimento do doente relativamente ao que é esperado, nomeadamente ao nível de comportamentos e atitudes que este deve adotar de forma a contribuir para um processo de transplante eficaz.

No acompanhamento do doente transplantado considero de extrema importância referenciar o envolvimento do doente no seu processo de reabilitação. Em todas as consultas o destaque é dado à participação ativa do doente no seu processo de saúde. A supervisão de áreas como a gestão de medicação, controlo do peso, existência de comportamentos de risco que ponham em causa a viabilidade do enxerto são alvo da intervenção de enfermagem, tendo o enfermeiro um papel determinante na educação à pessoa, atribuindo um grande destaque ao envolvimento ativo da pessoa.

A oportunidade de participar numa primeira consulta pós-transplante despertou em mim o sentido crítico relativamente à consulta de admissão de enfermagem atualmente realizada no meu local de exercício profissional. Esta consulta proporcionou-me conhecimentos de uma prática avançada, no sentido em que me serviu como “inspiração” para a implementação da consulta de admissão, associada ao meu projeto de estágio. O acolhimento ao doente, a apresentação da unidade e seus recursos físicos e humanos, a recolha da informação para uma avaliação inicial assim como a integração do doente na sua nova realidade face a uma nova fase da sua doença renal crónica são sem dúvida um exemplo. Assim, considero que as atividades aqui desenvolvidas despertaram em mim a vontade de assumir um papel de agente mudança na minha instituição relativamente à consulta de enfermagem de admissão, fornecendo-me mais conhecimentos e competências na construção da minha prática profissional enquanto futura enfermeira especialista.

A intervenção junto do doente e família na compreensão da DRC e seu tratamento foi-me também possível no serviço DP. Neste serviço, a oportunidade de acompanhar dois doentes que iriam iniciar a técnica, possibilitou-me assistir a todo o processo de transição. A participação nas consultas de enfermagem destes, desde a primeira visita à unidade para a realização do primeiro penso pós colocação do cateter de dialise peritoneal até à data que iriam iniciar a técnica no domicílio, possibilitou-me adquirir competências ao nível da DP como TSFR, sendo de crucial importância referir aqui a o excelente trabalho feito ao nível da capacitação da pessoa na realização da técnica

e identificação de todos os procedimentos e complicações decorrentes, assim como o acho crucial referir o envolvimento da família em todo o processo.

Pela importância que assume um elemento da família em todo o processo de adaptação a esta TSFR, foi evidente o envolvimento da família no processo de ensino de realização da técnica, mas também foi notória a manutenção regular da presença de um elemento da família nas consultas dos doentes já acompanhados em programa regular. Por isto, considero também aqui ter tido oportunidade de desenvolver competências no acompanhamento e monitorização do DRC, mais especificamente em programa de DP.

Considero ainda de enorme contributo a extensa preocupação que existe nesta unidade com o tema controlo de infeção. Pude constatar que existe uma prática coerente e cuidada não só nos cuidados de enfermagem diretos ao doente, mas há também um grande investimento na educação e sensibilização de todos a que frequentam aquela unidade, desde a equipa multidisciplinar aos doentes e família.

“O controlo da infeção deve ser realizado através da aplicação de medidas que impeçam a transmissão do agente infeccioso das pessoas doentes para os profissionais de saúde, dos profissionais de saúde para as pessoas doentes, entre pessoas doentes ou entre pessoas doentes e família/comunidade “ (OE, 2016, pág. 66)

O Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos resulta da fusão do Programa Nacional de Controlo de Infeção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos. Tem como objetivo geral a redução da taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, hospitalares e da comunidade, assim como da taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos (DGS, 2013). Para a implementação destes objetivos e das recomendações do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) são criados os Grupos de Coordenação Regional e Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCR-PPCIRA e GCL-PPCIRA).

O GCL-PPCIRA é composto por uma equipa multidisciplinar de assessoria técnica do órgão de gestão das unidades de saúde, a quem compete: supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos, garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde e de resistências aos antimicrobianos e garantir o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção e de

resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas, promovendo e corrigindo práticas de prevenção e controlo de infeção e de uso de antibióticos (DGS, 2014)

A infeção associada aos cuidados de saúde é um problema major para a segurança da pessoa não só pela morbilidade e mortalidade associada como também pelos custos que lhe estão associados (económicos, sociais e familiares) e ainda pela insegurança que cria nos utilizadores das instituições prestadoras desses cuidados (DGS, 2008)

Neste contexto, e sendo um tema pertinente e atual para a prática dos cuidados em qualquer contexto de intervenção do doente renal crónico, tive a oportunidade de ser recebida pela enfermeira de ligação com o GCL-PPCIRA. Nesta reunião informal, tive oportunidade de debater com ela as políticas de controlo de infeção existentes no hospital, dirigidas às unidades de HD e DP. Neste seguimento, pude constatar que não existem quaisquer normas específicas a estas unidades, sendo que estas se regem pelas normas em vigor para toda a instituição.

Devido a ter desenvolvido o meu percurso nestas duas unidades diálises pude constatar que as precauções básicas de controlo de infeção estavam implementadas, embora de forma pouco evidente e estruturada. De referir que a monitorização e acompanhamento do cumprimento das mesmas era feita por um elemento do serviço, designado como elo de ligação.

Em suma, penso que o percurso desenvolvido na unidade diálise peritoneal foi um momento de grandes aprendizagens e onde considero ter adquirido um maior número de novos conhecimentos e competências. Este facto deveu-se a que até ao momento a minha experiência como enfermeira em DP ser quase nula, limitando-se os meus conhecimentos nesta área de intervenção à sua componente teórica.

Realço aqui não só a aquisição de conhecimentos e competências técnicas inerentes ao processo de ensino de realização da técnica, mas realço sobretudo o desenvolvimento de competências por parte dos enfermeiros nas áreas de apoio e educação ao doente em DP e família. Durante este percurso, considero ter adquirido e consolidado competências ao nível do envolvimento do doente e família de forma bastante ativa em todo o processo de adaptação à TSFR.

A promoção da autogestão na doença é de extrema importância no cuidado à pessoa com doença crónica, em especial ao doente renal crónico. O envolvimento do

doente é fundamental para que este compreenda a sua doença e tratamento (Neyhart et al., 2010).

Considero por isso, que o envolvimento do doente e família a que assisti nesta unidade foi sem dúvida um momento que despoletou em mim momentos de crítica e reflexão. De realçar aqui o envolvimento do doente e família, partilhando com eles a responsabilidade do seu tratamento assim como das decisões a ele associadas.

Comparando a minha realidade e a realidade a que assisti nesta área, posso afirmar que os doentes assumem praticamente papéis opostos. Se na DP o doente assume um papel de líder na gestão do seu cuidado, na HD o doente assume muitas vezes um papel passivo, transferindo a responsabilidade. Desta forma, considero que a forma como toda a equipa de DP promove a responsabilização do doente é uma mais-valia a transpor para a minha prática diária, de forma a conseguir o cuidado holístico do doente sendo a pessoa o centro de cuidado e não a insuficiência renal.

Enquanto futura enfermeira especialista concluo que é prioritário planear os nossos cuidados e adequar as nossas intervenções ao doente renal crónico, envolvendo-o mais e estimulando-o de forma a que este e sua família assumam um papel ativo na parceria do seu processo de doença e tratamento.

O percurso nesta unidade permitiu ainda a minha participação nas consultas de opção, onde são fornecidas ao doente renal crónico as opções terapêuticas face ao estadio 5 da DRC. Nestas consultas tive oportunidade de observar a consulta médica onde são explicadas detalhadamente as diversas opções terapêuticas disponíveis. Na consulta de enfermagem que ocorre posteriormente e onde normalmente o doente já optou, foi-me possível colaborar no fornecimento da informação necessária relativamente à opção do doente, validação da informação transmitida e esclarecimento de dúvidas. É nesta fase que o enfermeiro articula com o doente todos os procedimentos inerentes à realização do acesso de diálise, em caso de opção por uma TSFR.

Ao longo de todo o percurso na unidade hospitalar, verifiquei que existe um programa informático (SClínico Hospitalar) que disponibiliza as ferramentas necessárias à criação do PE. Este sistema, resultante da junção do SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), possibilita o acesso à informação clínica variada do doente, a utilização e partilha dos dados entre os profissionais de saúde de diversas áreas e a sistematização dos mesmos.

Este programa informático permite efetuar o planeamento e o registo da atividade decorrente da prestação de cuidados de enfermagem, tendo como referencial a linguagem a CIPE.

Considero, no entanto, devido ao programa se encontrar em fase de implementação, que esta ferramenta não está ainda a ser utilizada na totalidade das suas funções. O facto de os enfermeiros da instituição se encontrarem em fase de formação e adaptação a este método de planeamento de cuidados, limitou o meu processo de interação com esta ferramenta. Em consequência desta situação, considero que não me foi possível obter um contributo significativo relativamente ao uso de PE e sistema de classificação associado.

3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA DRC – RESULTADOS E CONTRIBUTOS

3.1 Pertinência do estudo

No decorrer da minha prática diária junto da pessoa em HD pude constatar que embora as comorbilidades associadas à doença renal crónica sejam inúmeras, está ainda pouco desenvolvido a identificação de diagnósticos de enfermagem do doente renal crónico em programa de HD, não existindo qualquer programa de vigilância e prevenção de complicações associadas à mesma. Posteriormente, a pesquisa bibliográfica efetuada viria evidenciar e consolidar esta realidade.

Assim, o desenvolvimento deste trabalho justifica-se pela necessidade da implementação de uma abordagem holística dos doentes renais crónicos em programa de HD, através da implementação do PE (Lins, Santo, Fuly & Garcia, 2013).

A fundamentar a pertinência do meu projeto considero relevantes os dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) relativos a 2015, onde está evidenciada a necessidade crescente de cuidados diferenciados a esta população (Anexo I):

- 2352 doentes iniciaram uma TSFR em 2015. Embora se tenha verificado um decréscimo em relação ao ano anterior, constatou-se que houve um aumento de doentes incidentes em HD de 27,4%, em relação a 2014.
- Dos 2352 doentes que iniciaram uma TSFR, 2106 doentes iniciaram HD. Estes doentes tinham uma idade média de 67,47 anos, sendo que 46,4% tinham entre 65 e 80 anos e 20,8 % tinham mais de 80 anos. Relativamente aos doentes prevalentes, 61,3 % tinham entre 65 e 80 anos, 21,3 % tinham 80 anos.
- Os doentes em HD encontram-se distribuídos por centros hospitalares e periféricos, estando a maioria em centros periféricos (91,5 %)
- A idade média dos doentes em HD em 2015 aumentou em relação aos anos anteriores. Os doentes da zona centro, onde está a inserida a clínica de HD onde desenvolvi o meu projeto, têm a idade média mais elevada, 69,5 anos. 68,5% têm entre 65 e 80 anos e 24,7% têm mais de 80 anos.
- Diabetes e Hipertensão Arterial representam as duas maiores causas de DRC em doentes incidentes e prevalentes em HD. As doenças cardiovasculares e as infeções continuam a ser as principais causas de morte.

(Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2016)

O aumento da população em HD, o aumento da idade média dos mesmos, associados ao facto de que o início de uma TSFR acarreta uma série de alterações na vida da pessoa e família, exigem que haja uma crescente necessidade de melhoramento dos cuidados de enfermagem a serem prestados, de forma a reduzir o impacto que a doença renal crónica causa na vida do indivíduo e da sua família.

Os dados acima descritos evidenciam a necessidade de uma intervenção diferenciada, demonstrando que o doente renal crónico em HD apresenta cada vez mais características que justificam um cuidado diferenciado, merecendo um cuidado que se enquadra nas competências do enfermeiro especialista (Rente & Pereira, 2014).

Por tudo o que foi acima descrito considero importante desenvolvimento de um plano de intervenção específico que abranja: os cuidados com o doente, a identificação e monitorização dos efeitos adversos do tratamento, as complicações decorrentes da própria doença e a possibilidade de desenvolvimento de ações educativas de promoção, prevenção e tratamento (Frazão, Medeiros, Silva, Sá, e Lira, 2014).

3.2 Finalidade e objetivos

Com o objetivo de promover uma prática baseada na evidência que permita a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem ao doente renal crónico em programa de HD, desenvolvi o estudo aqui descrito intitulado “Diagnósticos de Enfermagem no Doente Renal Crónico em Programa de HD, na promoção da saúde e prevenção das complicações associadas”.

Objetivo Geral

- Identificar estratégias para a promoção da saúde, prevenção de complicações e deteção precoce e encaminhamento eficazes face à necessidade de maior continuidade de cuidados.

Objetivos específicos:

- Promover a implementação do PE no doente renal crónico em programa de HD.
- Identificar os principais diagnósticos de enfermagem presentes na pessoa com DRC em HD nas taxonomias NANDA e CIPE.

- Comparar as mais-valias no uso de cada uma das taxonomias (NANDA e CIPE) na população com DRC em HD.

3.3 Metodologia de implementação

Considerou-se como população as pessoas com DRC terminal em programa de HD numa unidade periférica. Não foram colocados quaisquer critérios de exclusão. A aplicação do projeto teve como população alvo um grupo de 157 doentes renais crónicos em programa de HD regular, em regime ambulatorio, na qual se selecionou uma amostra.

Numa primeira fase, foi feita uma pesquisa bibliográfica com o objetivo de identificar as diferentes classificações de enfermagem e selecionar quais as mais adequadas ao contexto do doente renal crónico (Apêndice 4). Nesta pesquisa verificou-se que os sistemas de classificação mais frequentes são as taxonomias NANDA e CIPE. Com base na literatura consultada foi feita uma seleção dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes em cada um dos sistemas de classificação referidos acima, de forma construir uma grelha de avaliação para identificação da prevalência de cada um destes diagnósticos na amostra selecionada (ANEXO II). Posteriormente foi elaborada uma folha de avaliação de enfermagem relativamente à presença ou ausência dos mesmos (Apêndice 5 e Apêndice 6).

De seguida, foram aplicadas as grelhas ao grupo de doentes selecionado de forma a determinar qual as mais valias e especificidades de cada sistema de classificação. A colheita de dados ocorreu numa clínica de HD da periferia, no período compreendido entre 28 de setembro a 8 de novembro de 2015. O parecer favorável para a recolha de dados foi dado pela enfermeira chefe da unidade. A aplicação destas grelhas de avaliação foi efetuada através de uma observação não-estruturada e consulta do processo dos doentes. Esta aplicação decorre durante o meu estágio na unidade em questão, durante as sessões de HD dos elementos da amostra.

Findo o processo de aplicação das grelhas e seleção do sistema de classificação a utilizar, fez-se uma análise comparativa dos dados de forma a identificar as principais diferenças entre as duas taxonomias (Apêndice 7). Os resultados obtidos neste levantamento de dados foram documentados e analisados com recurso ao programa Microsoft Office Excel.

Numa fase posterior, pretende-se determinar qual o sistema de classificação a aplicar na população, construindo um conjunto de diagnósticos previamente selecionados que se adequem à população-alvo. Pretende-se ainda atribuir intervenções específicas a cada diagnóstico selecionado assim como espaço para a avaliação dos resultados. Findo este período, será divulgado o projeto através de ações de divulgação e formação para a equipa.

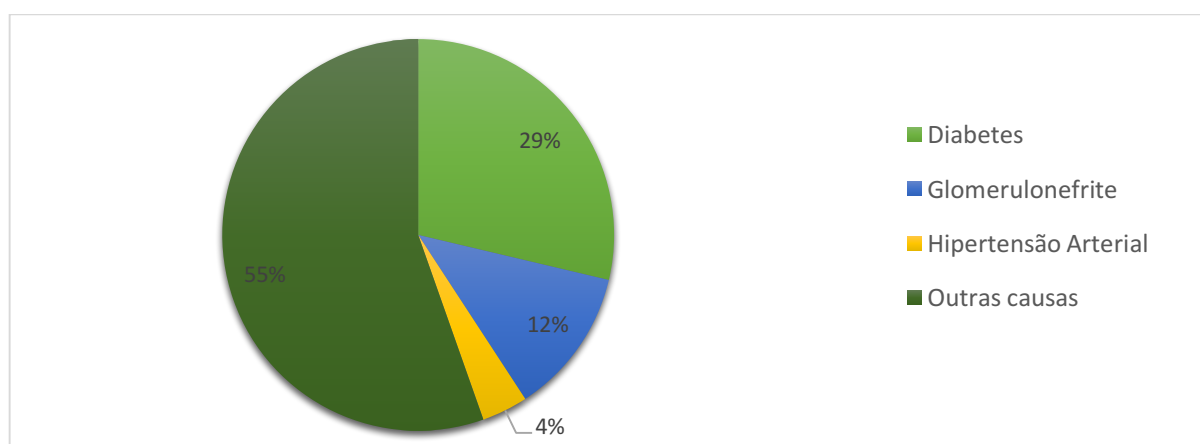
Preconiza-se ainda a aplicação deste PE durante um ano, findo o qual será efetuada uma avaliação com a intenção de verificar os benefícios e dificuldades da utilização do processo em vigor, tanto para os enfermeiros como para os doentes e traduzir estes em melhorias

3.4 Apresentação e discussão de resultados

A população-alvo deste estudo era formada por um total de 157 doentes, 102 do sexo masculino e 55 feminino, sendo a sua média de idades 69,3 anos. O tempo médio em HD era de 61,5 meses. Relativamente ao acesso vascular, 111 tinham FAV, 29 PV e 17 CVC (Apêndice 7).

Relativamente à causa primária da DRC, constatou-se que 28,7% dos doentes apresentavam Diabetes Mellitus, 12,10% apresentavam como causa primária a glomerulonefrite, 3,82% apresentavam hipertensão arterial e 55,4 apresentavam outras patologias como origem da sua DRC.

Gráfico 1 – Distribuição das causas da DRC na população-alvo



Da população foi selecionada uma amostra do tipo não probabilista acidental (3 por turno, com base no posto ocupado na sala), tendo-se obtido uma amostra de 18 doentes.

A amostra selecionada continha 12 doentes do sexo masculino e 6 do sexo feminino, sendo a sua média de idades 66,9 anos. Esta amostra apresentava uma média de tempo em tratamento de 72,2 meses. Apresentavam como acesso vascular 13 FAV, 4 PV e 1 CVC.

Dos indivíduos pertencentes à amostra selecionada 6 vivem sozinhos, 11 estão inseridos no seu meio familiar e 1 vive em lar de idosos. Relativamente às habilitações literárias, 2 não têm qualquer habilitação, 10 frequentaram o ensino primário, 3 o ensino básico e 4 o ensino secundário.

Tabela 1 – Incidência dos diagnósticos de Enfermagem em taxonomia NANDA

Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)	Incidência (%)
1. Risco de Infecção	100
2. Volume de líquidos excessivo	44
3. Hipotermia	11
4. Fadiga	56
5. Autocontrolo ineficaz da saúde	33
6. Dentição prejudicada	44
7. Risco de quedas	50
8. Mobilidade física prejudicada	39
9. Disfunção sexual	22
10. Perceção sensorial perturbada: visual	44
11. Insônia	39
12. Conhecimento deficiente	83
13. Dor Crônica	61
14. Perceção sensorial perturbada: auditiva	22
15. Proteção ineficaz	56
16. Baixa autoestima situacional	33
17. Deficit no autocuidado para vestir-se	44
18. Dor Aguda	28
19. Integridade da pele prejudicada	28
20. Constipação	22
21. Perceção sensorial perturbada: tátil	50
22. Risco de Lesão	50
23. Diarreia	17
24. Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	20

Em relação ao levantamento dos diagnósticos na taxonomia NANDA, pode constatar-se que dos 24 diagnósticos pré-selecionados com base na literatura consultada, 19 apresentaram uma incidência superior a 25% na amostra, sendo estes 79% da totalidade. De referir também que a média de diagnósticos presentes por doente era de 10,1 (41,9% da totalidade de diagnósticos levantados).

Através da análise dos dados, pode-se constatar que os diagnósticos “risco de infeção”, “conhecimento deficiente” foram os que apresentaram uma maior incidência, estando presentes em 100% e 83% da amostra, respetivamente.

Também os diagnósticos “volume de líquidos excessivo”, “fadiga”, “risco de quedas”, “dor crónica” e “proteção ineficaz”, “perceção sensorial perturbada: tátil” e “risco de lesão” apresentaram uma incidência elevada na amostra em estudo, estando presentes em 75% a 50% da população.

Diagnósticos de enfermagem como “autocontrolo ineficaz da saúde”, “dentição prejudicada”, “mobilidade física prejudicada”, “perceção sensorial perturbada: visual”, “insónia”, “baixa autoestima situacional”, “défice no autocuidado para vestir-se”, “dor aguda” e “integridade da pele prejudicada” apresentaram uma incidência mais baixa, estando presentes entre 25% a 49% da amostra.

Por fim, os diagnósticos com menor incidência nesta amostra foram os diagnósticos de “hipotermia”, “disfunção sexual”, “perceção sensorial perturbada: auditiva” e “constipação”.

Tabela 2 – Incidência dos diagnósticos de Enfermagem na taxonomia CIPE

Diagnósticos de Enfermagem (CIPE)	Incidência (%)
1. Risco de Inquietação	11,1
2. Risco de cognição prejudicada	28
3. Dor óssea	50
4. Risco de dispneia	100
5. Dispneia	22
6. Pressão Sanguínea Alta	50
7. Frequência cardíaca prejudicada	44
8. Risco de arritmia	44
9. Risco de dor isquémica	94
10. Débito cardíaco aumentado	17
11. Perfusão tecidual periférica prejudicada	17
12. Baixa diurese	11
13. Edema periférico	39
14. Retenção hídrica	100

15.	Volume de líquido prejudicado	100
16.	Acidose metabólica	100
17.	Hipercaliemia	100
18.	Hipernatremia	100
19.	Hiperfosfatemia	100
20.	Hipocaliemia	5,6
21.	Hiperglicemia	28
22.	Sede Moderada	39
23.	Sede severa	0
24.	Vômitos	0
25.	Náuseas	17
26.	Apetite prejudicado	0
27.	Status nutricional negativo	0
28.	Ingestão deficiente de alimentos	0
29.	Desnutrição	0
30.	Risco de obstipação	11
31.	Pele seca	28
32.	Membrana mucosa seca	24
33.	Prurido cutâneo	17
34.	Risco de escoriação	44
35.	Risco de tecido mole prejudicado	56
36.	Fadiga	50
37.	Segurança física em risco	56
38.	Risco de fratura	50
39.	Risco de queda	50
40.	Risco aumentado de morte	11
41.	Risco de suicídio	5,6
42.	Risco de comportamento autodestrutivo	5,6
43.	Risco de infecção	100
44.	Risco de comportamento sexual prejudicado	22
45.	Risco de satisfação conjugal prejudicada	17
46.	Regime dietético prejudicado	33
47.	Não aderência ao regime terapêutico	33
48.	Comunicação familiar prejudicada	22
49.	Crise familiar	11
50.	Família disfuncional	11
51.	Processo familiar prejudicado	17
52.	Insegurança	17
53.	Medo	17
54.	Negação	22
55.	Confiança no serviço de saúde baixa	28
56.	Sobrecarga de stress	22
57.	Stress do cuidador	22
58.	Angústia	33
59.	Sufrimento	11
60.	Processo de tomada de decisão familiar prejudicado	28
61.	Baixa autonomia	39

62.	Risco de baixa força de vontade	17
63.	Autocontrolo baixo	28
64.	Iniciativa baixa	28
65.	Adaptação prejudicada	11
66.	Conhecimento em saúde baixo	83
67.	Risco de rendimento familiar prejudicado	22
68.	Baixa autoestima	33
69.	Crença Espiritual Alterada	0
70.	Crença Religiosa alterada	0

Em relação ao levantamento dos diagnósticos na taxonomia CIPE, pode constatar-se que dos 70 diagnósticos pré-selecionados com base na literatura consultada, apresentaram uma incidência igual ou superior a 25% na amostra 34 diagnósticos, sendo estes 49% da totalidade. De referir também que a média de diagnósticos presentes por doente era de 23,4, correspondendo a 33,5% da totalidade dos diagnósticos levantados.

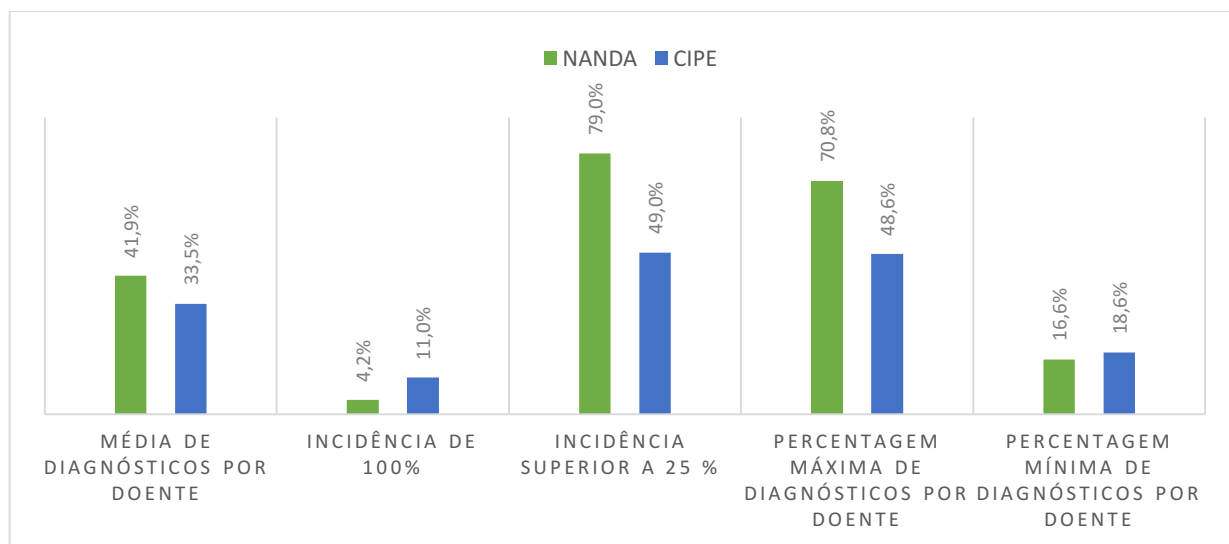
Em relação ao conjunto de diagnósticos CIPE, verificou-se uma incidência de 100% nos diagnósticos “risco de dispneia”, “risco de dor isquémica”, “baixa diurese”, “retenção hídrica”, “volume de líquido prejudicado”, “acidose metabólica”, “hipercaliemia”, “hipernatremia”, “hiperfosfatemia”, “risco de infeção” e “conhecimento em saúde baixo”. Com uma incidência menor que os anteriores, mas também significativa, é importante referir os diagnósticos “dor óssea” (50%), “risco de tecido mole prejudicado” (56%), “fadiga” (50%), “segurança física em risco” (56%), “risco de fratura” (50%), “risco de queda” (50 %).

Com uma incidência mais baixa, estando presentes entre 25% a 49% da amostra, estão os diagnósticos “risco de cognição prejudicada”, “frequência cardíaca prejudicada”, “risco de arritmia”, “edema periférico”, “hiperglicemia”, “pele seca”, “sede moderada”, “risco de escoriação”, “regime dietético prejudicado”, “não aderência ao regime terapêutico”, “angústia”, “confiança no serviço de saúde baixa”, “processo de tomada de decisão familiar prejudicada”, “baixa autonomia”, “iniciativa baixa” e “baixa autoestima”. Apresentaram uma incidência inferior a 25% 27 diagnósticos, tendo 8 diagnósticos (11%) apresentado uma incidência nula.

Após a análise dos dados, concluiu-se que a incidência de diagnósticos no doente relativamente aos diagnósticos pré-selecionados, é superior em NANDA do que em CIPE (41,9% da amostra contra 33,5%). A percentagem de diagnósticos com uma incidência em 100% da amostra é superior em CIPE do que NANDA.

Relativamente ao número máximo de diagnósticos por doente constatou-se que a grelha aplicada em taxonomia NANDA gerou um maior número máximo de levantamento de diagnósticos (70,8%) do que a grelha em taxonomia CIPE (48,6%).

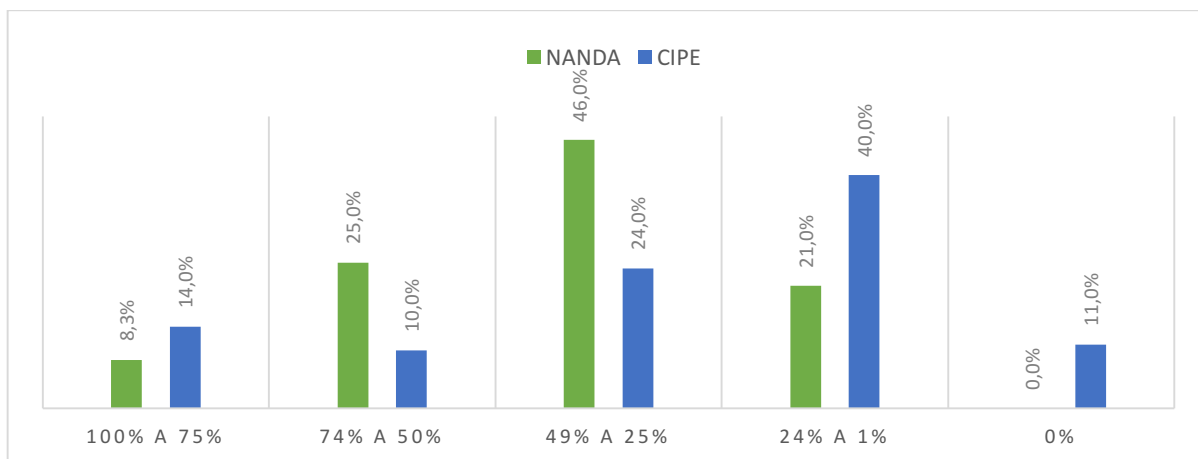
Gráfico 2 – Comparação entre as taxonomias NANDA E CIPE



Relativamente ao tempo de aplicação, a aplicação da grelha construída em taxonomia NANDA apresenta menor tempo de aplicação (20,5 minutos), sendo que CIPE apresenta um tempo de aplicação de 39,2 minutos. Esta diferença dever-se-á sobretudo ao facto de haver um maior número de diagnósticos pré-selecionados em linguagem CIPE.

Analisando a distribuição da incidência de diagnósticos em classes pode constatar-se que existe uma grande diversidade na distribuição, assumindo ambas as taxonomias posições de destaque alternadamente.

Gráfico 3 – Incidência dos diagnósticos por classes



Comparando em ambas as linguagens os diagnósticos que apresentam uma percentagem de incidência igual ou superior a 50%, pode constatar-se que os dois diagnósticos mais comuns em NANDA, surgem também em CIPE. De referir que em ambos os sistemas de classificação o diagnóstico de “risco de infeção”; “conhecimento deficiente” ou “conhecimento em saúde baixo” assumem uma posição de destaque relativamente à sua incidência.

O diagnóstico de “volume de líquidos excessivo” em linguagem NANDA tem também correspondência na linguagem CIPE através do diagnóstico “volume de líquidos prejudicado”, apresentando estes uma incidência significativa.

O risco de prejuízo a integridade física do doente surge também com uma incidência significativa em ambas as terminologias. Se por um lado em NANDA, estes diagnósticos surgem como “proteção ineficaz”; “risco de quedas” e “risco de lesão”, já na linguagem CIPE os mesmos focos aparecem associados a diagnósticos como “segurança física em risco”, “risco de queda”, “risco de tecido mole prejudicado”, “risco de escoriação” e “risco de fratura”

Também o diagnóstico de “fadiga” apresenta uma incidência significativa, sendo comum em ambas as linguagens.

Com incidências bastantes significativas (igual ou superior a 50%) e sem equivalência na outra taxonomia usada pode constatar-se o seguinte:

- Na taxonomia NANDA surgem os diagnósticos de “dor crónica” (61%) e “perceção sensorial perturbada: tátil” (50%) sem equivalência nos diagnósticos pré-selecionados da linguagem CIPE;

- Em CIPE surgem sem correspondência os diagnósticos NANDA pré-selecionados “risco de dispneia”, “acidose metabólica”, “hipercaliémia”, “hipernatremia”, todos com uma incidência de 100%, “risco de dor isquêmica” (94%), “dor óssea”, “pressão sanguínea alta” (50%).

Considerando os diagnósticos de enfermagem com incidência inferior a 50% e superior a 25%, em ambas as taxonomias, pode ainda concluir-se se que: NANDA apresentou 9 diagnósticos não coincidentes com CIPE, CIPE apresentou 22 diagnósticos não coincidentes com NANDA.

A correspondência entre diagnósticos variou de forma parcial e significativa. Se por um lado foi possível encontrar diagnósticos bastante coincidentes em ambas as taxonomias, por outro constatou-se também a presença significativa de diagnósticos não coincidentes nas duas taxonomias.

O recurso a uma fundamentação teórica com base em ambas as taxonomias é sem dúvida uma mais-valia no sentido em que me permite um levantamento de diagnósticos mais abrangente, sendo que cada uma irá consolidar e complementar a outra. A diversidade de diagnósticos assim como a sua significativa incidência permite-nos concluir que o levantamento de diagnósticos suportado por uma taxonomia, permite-nos a uniformização da linguagem.

Em suma, pode constatar-se que NANDA E CIPE se complementam, sendo que esta última, embora se caracterize por maior abrangência, não contempla algumas características, sinais e sintomas presente na primeira. Assim, apreende-se que a utilização dos diagnósticos de enfermagem, suportada nas taxonomias como instrumento de padronização da linguagem, é uma ferramenta valiosa para a implementação dos cuidados, no sentido em que estimula o conhecimento e raciocínio clínico dos enfermeiros, permitindo-lhes um planeamento individualizado e estruturado dos cuidados, facilitando assim a sua implementação e concretização.

A escolha entre as duas taxonomias para a implementação do PE deverá ser feita de acordo com a opção da instituição assim como pela recetividade e formação dos profissionais.

Durante o meu percurso pela unidade hospitalar, assisti à implementação de um sistema informático que, de entre outras funções, visava a consolidação do uso do PE. A realidade a que assisti demonstrava que a falta de formação para utilização deste programa era o principal obstáculo à sua utilização, evidenciando assim

importância de uma formação estruturada aos profissionais de forma a que a implementação do PE ocorra de forma eficaz.

3.5 Limitações do projeto

Considero que o facto de me ter cingido a dois conjuntos de diagnóstico pré-selecionados em artigos científicos analisados, limitou o campo de levantamento de diagnósticos. No entanto, um levantamento exaustivo das necessidades dos doentes e um posterior levantamento de diagnósticos associados à informação recolhida não teria sido possível devido à limitação de tempo previsto para a realização do trabalho de investigação.

3.6 Implicações do projeto para a prática e perspetivas futuras

A definição de diagnósticos de enfermagem representa um desafio para a prática profissional junto do doente renal crónico, no sentido em que é uma prática em desenvolvimento, não existindo ainda um extenso suporte bibliográfico em relação ao tema, assim como não existem catálogos específicos direcionados a esta população. A sua implementação deverá estimular nos enfermeiros a capacidade crítica, promovendo uma prática de cuidar de acordo com as necessidades de cada

A realização deste trabalho não possibilitou o alcance dos objetivos delineados no projeto realizado anteriormente, no entanto os resultados obtidos são um contributo vasto e enriquecedor para a continuidade do mesmo. O desenvolvimento deste trabalho permitiu dar os primeiros passos num projeto moroso, mas sem duvida enriquecedor para a prática de enfermagem futura, não tenham sido alcançados,

Termino este relatório com a consciência de um longo percurso ainda a percorrer com um desafio a si associado, uma vez que o estabelecimento de um diagnóstico determina uma situação a ser alcançada, o que implica uma dupla obrigação: intervir e avaliar a eficácia da intervenção realizada.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório, representa a projeção do percurso de aprendizagem desenvolvido e revela o final de um longo percurso de esforço e investimento pessoal e profissional. A oportunidade de colaboração na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença renal crónica e sua família, em diferentes fases da doença e em realidades de prestação de cuidados bastante diferentes, possibilitaram-me refletir na minha prática clínica diária.

No que diz respeito ao meu desenvolvimento a nível profissional e pessoal, foram inúmeros os momentos de aprendizagem que contribuíram para o que este ocorresse de forma vasta e bastante enriquecedora. Considero ter alcançado com sucesso os objetivos a que me propus pelo que findo este processo de reflexão, que deu origem a este relatório, julgo possuir maior conhecimento e competências no cuidar da pessoa com DRC e sua família.

A existência de enfermeiros especialistas visa promover uma prática de enfermagem baseada na evidência, onde a pessoa requer cuidados diferenciados pela sua singularidade e complexidade humana. O cuidado centrado na pessoa exige o estabelecimento de uma relação terapêutica entre profissionais, doentes e outros elementos significativos. Estas relações devem ser baseadas em confiança mútua, compreensão e partilha de conhecimento coletivo tendo presente o conceito de pessoa como conceito central (McCormack & McCance, 2006).

Se por um lado, considero necessário promover mudanças na prática de cuidados inerentes à crescente evolução que a profissão de Enfermagem tem vindo a sofrer, por outro considero que há já muitos aspetos da nossa prática que refletem uma prática avançada, mas aos quais muitas vezes não damos importância e/ou visibilidade necessária. Desta forma, a avaliação dos cuidados de enfermagem demanda um conjunto de indicadores e unidades de medida que se verifiquem sensíveis aos mesmos, diferentes dos habitualmente utilizados noutras disciplinas. A OE recomenda que a construção dos indicadores de produtividade e de qualidade da enfermagem tenham por base os padrões de qualidade e as boas práticas profissionais (OE, 2013).

Com base no acima descrito e transpondo para minha prática, posso dizer que esta avaliação dos nossos cuidados é pouco evidente. Considero que cabe a nós, enfermeiros, procurar participar mais ativamente no alcance destes objetivos assim

como fomentar o estabelecimento da relação da nossa prática com os mesmos. Profissionais reflexivos, que observam, questionam e avaliam os riscos reais e potenciais de qualquer intervenção, asseguram o agir de acordo com o melhor interesse da pessoa e família.

A frequência do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura, possibilitou um crescimento na prática do meu desempenho profissional. Considero ter maior confiança, sendo que os obstáculos à compreensão global das situações na prática clínica são agora menores para mim. Julgo ainda ter desenvolvido uma maior capacidade no que respeita à participação ativa na tomada de decisão em equipa. Com a realização deste trabalho, alcancei o nível de enfermeira proficiente, na medida em que apresento um agir guiado segundo níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzido na posse de um conjunto de competências especializadas no cuidar da pessoa e família com DRC, visando maximizar o seu bem-estar e a qualidade de vida.

No cuidado ao doente renal crónico em programa de HD, o PE, em especial a identificação de diagnósticos de enfermagem, surge como um instrumento fundamental na prestação de cuidados, de forma identificar e atender às necessidades individuais de cada um (Holanda & Silva, 2009).

O levantamento de DE na população em HD consolidou em mim a ideia que ainda muito há a fazer junto destes doentes, já que as maiores taxas de incidência de diagnósticos se verificaram em focos de atenção que transcendem em muito as quatro horas de tratamento dialítico. Os resultados obtidos vieram reforçar a necessidade que existe em desenvolver uma abordagem mais completa e diferenciada nestes doentes, promovendo cada vez mais o seu envolvimento e do meio que os rodeia.

Desta forma, considero que a implementação de um PE de forma estruturada trará a todos os envolvidos maiores ganhos, no sentido em que permitirá ao doente receber cuidados diferenciados e de maior qualidade, assim como permitirá ao enfermeiro desenvolver a sua prática de forma organizada e individualizada para cada doente. O uso de uma linguagem standard (NANDA/CIPE) é sem dúvida imperioso, pois possibilita a uniformização e homogeneidade dos cuidados prestados.

No estudo foram atingidos os objetivos propostos, sendo que não foi possível concluir qual a linguagem a preferir, a opção por NANDA ou CIPE será uma escolha

que terá de ser feita ao nível da instituição considerando sobretudo os recursos humanos e materiais disponíveis.

Como conclusão, considero que este percurso embora tenha sido intenso, foi sobretudo gratificante, no sentido em que constituiu um momento de aprendizagem por excelência. A reflexão do percurso desenvolvido em estágio e das competências desenvolvidas assim como o paralelismo com a minha prática profissional, permitiu-me alcançar os objetivos anteriormente definidos por mim assim como as competências definidas pela OE, que vão de encontro às exigidas a um enfermeiro especialista.

De futuro, desejo implementar e complementar o meu projeto no meu contexto de prática diária, pelo que assumo o compromisso de continuar a fundamentar a minha prática em maiores conhecimentos e a desenvolver competências para uma prática de excelência no cuidar à pessoa com doença renal crónica e sua família.

Como sugestão, acho importante a continuidade do projeto de forma a implementar o PE do doente renal crónico, através da definição de intervenções específicas e resultados. Considero fundamental para o alcance deste objetivo o desenvolvimento de competências por parte dos enfermeiros, assegurando uma prática cada vez mais complexa, especializada e exigente, permitindo uma qualidade exímia na prestação de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2008). *Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. (Formasau, Ed.).
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto E Contexto Enfermagem*, 14 (3), 373–382.
- Alfaro-Lefevre, R. (2005). *Aplicação do processo de enfermagem - Promoção do cuidado colaborativo* (5ª edição). Porto Alegre: ARTMED EDITORA LTDA.
- Almeida, F. L. T. De. (2011). A essência do processo de enfermagem. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/2283>
- Araújo, A., Nóbrega, M., & Garcia, T. (2013). Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE, 47(2), 385–392.
- Araújo, L. (2013). *Plano de Cuidados de Enfermagem ao Doente Renal Crónico em Hemodiálise / Família no SANE: uma realização possível*. Instituto Politécnico de Setúbal.
- Ausili, D., Sironi, C., Rasero, L., & Coenen, A. (2012). Measuring elderly care through the use of a nursing conceptual model and the international classification for nursing practice®. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3), 146–152. <http://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01208.x>
- Balduino, A., Mantovani, M., & Lacerda, M. (2009). O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crónica cardíaca. *Revista de Enfermagem*, 342–51.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care , research , and medical education : a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37–43. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Barra, D. C. C., & Dal Sasso, G. T. M. (2012). Processo de enfermagem conforme a classificação internacional para as práticas de enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto E Contexto Enfermagem*, 19(1), 440–7. <http://doi.org/10.1590/S0104-07072010000100006>
- Barros, A. (2009). Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem ;

22, 864–867.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora.

Beringuilho, F. A. R. (2013). *Quem cuida dos idosos? Formação e qualidade de vida de cuidadores formais de pessoas idosas*. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Disponível em [https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2098/1/Quem cuida dos idosos..pdf](https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2098/1/Quem%20cuida%20dos%20idosos..pdf)

Bisca, M. M., & Marques, I. R. (2010). Perfil de diagnósticos de enfermagem antes de iniciar o tratamento hemodialítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 435–439. <http://doi.org/10.1590/S0034-71672010000300014>

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. Elsevier.

CAPRA, F. (1982). *O ponto de mutação* (Bantam). Estados Unidos.

Carpenito-Moyet, L. J. (2010). *Diagnósticos de Enfermagem - Aplicação à prática clínica* (13ª Edição). São Paulo: ARTMED EDITORA LTDA.

Cavacalcente, A., Brunori, E., Lopes, C., Silva, A., & Herdman, T. H. (2014). Nursing diagnoses and interventions for a child after cardiac surgery in an intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 155–60. <http://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680121i>

Cesarino, C. B., & Casagrande, L. D. R. (1998). Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(4), 31–40. <http://doi.org/10.1590/S0104-11691998000400005>

Chamney, M., Pugh-Clarke, K., & Kafkia, T. (2009). Management of co-morbid diseases in a patient with established renal failure. *Journal of Renal Care*, 35(3), 151–158. <http://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2009.00107.x>

Chilcot, J., Wellsted, D., & Farrington, K. (2010). Depression in End-Stage Renal Disease : Current Advances and Research. *Seminars in Dialysis*, 23, 74–82. <http://doi.org/10.1111/j.1525-139X.2009.00628.x>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e família para promover a adesão a tratamento. In *Catálogo da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE)*. Ordem dos Enfermeiros.

Crozeta, K., Lacerda, M. R., Meier, M. J., & Danski, M. (2008). Nursing

diagnostic in nursing's professional practice apply in a surgical clinic. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 7.

Davies, S. J., Phillips, L., Naish, P. F., & Russell, G. I. (2002). Quantifying comorbidity in peritoneal dialysis patients and its relationship to other predictors of survival, 1085–1092.

DGS. (2012). *Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crônica Estádio 5. Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 017/2011 de 28/09/2011 (atualizado a 14/06/2012)*.

Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização*.

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crônica Estádio 5. Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 017/2011 de 28/09/2011 (atualizado a 14/06/2012)*.

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em números - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015.aspx>

Doss, S. (2011). Patient-Nurse Partnerships, 38(2), 115–126.

Francisco, J. J., Cuenca, F., Azaña, S., Torres, J., López, M. J., Castillo, J. A., & Duarte, J. L. (2012). Impact of incident comorbidity on functional loss in elderly chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis. *CANNT Journal = Journal ACITN*, 22(1), 25–9. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22558680>

Fraser, S. D. S., Roderick, P. J., May, C. R., McIntyre, N., McIntyre, C., Fluck, R. J., ... Taal, M. W. (2015). The burden of comorbidity in people with chronic kidney disease stage 3: a cohort study. *BMC Nephrology*, 16(1), 193. <http://doi.org/10.1186/s12882-015-0189-z>

Frazão, C., Araujo, A., & Lira, A. L. (2013). Implementation of Nursing Process To the Patient Submitted To Hemodialysis. *Journal of Nursing UFPE on Line*, 7, 824–30. <http://doi.org/10.5205/reuol.3934-31164-1-SM.0703esp201301>

Frazão, C., Delgado, M., Araújo, M., Silva, F., Sá, J., & Lira, A. (2014). Nursing care for chronic renal patients on hemodialysis. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 15(4), 701–709. <http://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400018>

Frazão, C., Medeiros, A. a, Paiva, M., Enders, B., Oliveira, M., & Lira, A. (2013). Nursing diagnoses and adaptation problems among chronic renal patients, 31(3), 119–128. <http://doi.org/10.1590/S0120-53072015000100014>

Frazão, C., Medeiros, A., Silva, F., Sá, J., & Lira, A. (2014). Nursing diagnoses in chronic renal failure patients on hemodialysis. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(1), 40–43. <http://doi.org/10.1590/1982-0194201400009>

Fresenius Medical Care. (n.d.). *Manual de hemodiálise para Enfermeiros*. Edições Almedina.

Furuya, R. K., Nakamura, F. R. Y., Gastaldi, A. B., & Rossi, L. A. (2011). Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. *Rev. Gaucha Enferm.*, 32(1), 167–175.

Gallacher, K. I., Batty, G. D., Mclean, G., Mercer, S. W., Guthrie, B., May, C. R., ... Mair, F. S. (2014). Stroke , multimorbidity and polypharmacy in a nationally representative sample of 1 , 424 , 378 patients in Scotland : implications for treatment burden, 1–9. <http://doi.org/10.1186/s12916-014-0151-0>

Garcia, T., Nóbrega, M., & Carvalho, E. (2004). Nursing process: application to the professional practice. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 3(2), 1–10. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Gonçalves, A., Leite, A., Fernandes, C., Andrade, C., Guerreiro, N., Salvador, P., & Al., E. (2010). Conceptualização da metodologia de Projeto. (Percorso, Ed.)15, 3–9.

Hannah, K. J., White, P. A., Nagle, L. M., & Pringle, D. M. (2009). Standardizing Nursing Information in Canada for Inclusion in Electronic Health Records: C-HOBIC. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 16(4), 524–530. <http://doi.org/10.1197/jamia.M2974>

Hasani, P., Otaghi, M., Tafreshi, M. Z., & Nasrabadi, A. N. (2013). The Meaning of Transition to Hemodialysis: qualitative study, 6(2), 69–76.

Helleso, R. (2006). Information handling in the nursing discharge note. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 11–21. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01235.x>

Hoffart, N. (2009). Nephrology nursing 1915-1970: a historical study of the integration of technology and care. *Nephrol Nurs J*, 36(2), 181–191.

Holanda, R. H., & Silva, V. M. (2009). Diagnósticos de enfermagem de pacientes em tratamento hemodialítico [Nursing diagnoses of patients on hemodialysis].

Revista Da Rede Enfermagem Do Nordeste, 10, 37–44.

Hutchinson, T. A. (2005). Transitions in the lives of patients with End Stage Renal Disease: a cause of suffering and a opportunity for healing, 19, 270–277. <http://doi.org/10.1191/0269216305pm1028oa>

International Council of Nurses. (2014). *CIFE Versão 2011 - Classificação internacional para a prática de enfermagem*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).

Jablonski, A. (2007). The Multidimensional Characteristics of Symptoms Reported by Patients on Hemodialysis, 34(1), 29–38.

Jesky, M., Lambert, A., Burden, A. C. F., & Cockwell, P. (2013). The impact of chronic kidney disease and cardiovascular comorbidity on mortality in a multiethnic population : a retrospective cohort study. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003458>

Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M., & Swanson, E. (2012). *Ligações Nanda – Nic – Noc*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Khan, I. H. (1998). Comorbidity: the major challenge for survival and quality of life in end-stage renal disease. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 13 Suppl 1, 76–79.

Kimmel, P., Cohen, S., & Peterson, R. (2008). Depression in Patients With Chronic Renal Disease: Where Are We Going? *Journal of Renal Nutrition*, 10, 99–103. <http://doi.org/10.1053/j.jrn.2007.10.020>

Kimmel, P. L., Thamer, M., Richard, C. M., & Ray, N. F. (1998). Psychiatric Illness in Patients with End-Stage Renal Disease. *THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE*, 105, 214–221. Disponível em http://ac.els-cdn.com/S0002934398002459/1-s2.0-S0002934398002459-main.pdf?_tid=f6fb7506-8493-11e6-81f1-00000aacb360&acdnt=1474968352_0001cae41c3181dc333818e6c5cdb04d

Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320–329. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>

Kusumota, L., Rodrigues, R., & Marques, S. (2004). Idosos com Insuficiência Renal Crônica: Alterações Do Estado de Saúde. *Rev. Gaucha Enferm.*, 12(3), 525–532. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300011>

Lins, S., Santo, H., Fuly, P., & Garcia, T. (2013). Subconjunto de conceitos

diagnósticos da CIPE ® para portadores de doença renal crônica. *Rev Bras Enfermagem*, 66(2), 180–189.

Lira, G. V., Nations, M. K., Maria, A., & Catrib, F. (2004). CRONICIDADE E CUIDADOS DE SAÚDE : O QUE A ANTROPOLOGIA DA SAÚDE TEM A NOS ENSINAR ?, 13(1), 147–155.

Marques, D., Nóbrega, M., & Silva, K. (2012). Construção e validação de afirmativas de diagnósticos de enfermagem para adolescentes hospitalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(3), 626–633. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a20.htm>

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 472–479. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

McEvoy, L., & Duffy, A. (2008). Holistic practice - A concept analysis. *Nurse Education in Practice*, 8(6), 412–419. <http://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.002>

Meier, M. J., Truppel, T. C., Crozeta, K., Danski, M. T. R., & Betiolli, S. E. (2005). Raciocínio Clínico: Uma tecnologia instrumental para o cuidado de enfermagem, 1–5.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Ministério da Educação. (2012). Portaria no 290/2012. *Diário Da República, II Série*.

Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. (1999). Despacho conjunto nº 861/99. *Diário Da República, II Série*, 235, 15015.

Minn, W. W. (2014). Enhancing patient safety in haemodialysis nursing care practice among nurses in the renal unit at the Defence Services General Hospital: a best practice implementation project. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 12(9), 467. <http://doi.org/10.11124/jbisrir-2014-1368>

Mitchell, A., Farrand, P., James, H., Luke, R., Purtell, R., & Wyatt, K. (2009). Patients' experience of transition onto haemodialysis: A qualitative study. *Journal of Renal Care*, 35(2), 99–107. <http://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2009.00094.x>

Molzahn, A. E., Bruce, A., & Sheilds, L. (2008). Learning from stories of people with chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal : Journal of the American*

Nephrology Nurses' Association, 35(1), 13–20. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18372759>

Monsen, K. A., Fulkerson, J. A., Lytton, A. B., Taft, L. L., Schwichtenberg, L. D., & Martin, K. S. (2010). Comparing maternal child health problems and outcomes across public health nursing agencies. *Maternal and Child Health Journal*, 14(3), 412–421. <http://doi.org/10.1007/s10995-009-0479-9>

Moorhead, S., & Johnson, M. (2004). Diagnostic-specific outcomes and nursing effectiveness research. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 15 (2), 49–58.

Müller-Staub, M. (2009). Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications : The Official Journal of NANDA International*, 20(1), 9–15. <http://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2008.01108.x>

NANDA International. (2013). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA. Definições e classificação 2012-2014*. Porto Alegre: ARTMED EDITORA LTDA.

National Kidney Foundation, I. (2002). KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. Disponível em https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf

Neyhart, C. D., McCoy, L., Rodegast, B., Gilet, C. A., Roberts, C., & Downes, K. (2010). A new nursing model for the care of patients with chronic kidney disease: the UNC Kidney Center Nephrology Nursing Initiative. *Nephrol Nurs J*, 37(2), 121–30; quiz 131. Disponível em <http://media.proquest.com/media/pq/classic/doc/2026180331/fmt/pi/rep/NONE?hl=&cit:auth=Neyhart,+Clara+D;McCoy,+Lynn;Rodegast,+Beverly;Gilet,+Constance+A;Roberts,+Cynthia;Downes,+Kelley&cit:title=A+New+Nursing+Model+for+the+Care+of+Patients+with+Chronic+Ki>

Nóbrega, M., & Garcia, T. (2005). Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) no Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(2), 227–230. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000200020>

Nóbrega, R. V., Nóbrega, M. M. L. da, & Silva, K. de L. (2010). Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na Clínica Pediátrica de um

hospital escola. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 501–510.

Nytun, J., & Fossum, M. (2014). Information Model for Learning Nursing Terminology. <http://doi.org/10.3233/978-1-61499-432-9-181>

Ordem dos Enfermeiros. REPE: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto - Lei nº 161/96 6 (1996).

<http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Resumo mínimo de dados Qualidade / Produtividade. *Revista Ordem Dos Enfermeiros, Suplemento*, 3–8. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_13_julho_2004_suplemento.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*.

Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.

Povoeda, V., Alves, J., Santos, E., & Alessandra, M. (2008). Nursing Diagnoses in Patients Undergoing Hemodialysis. *Enfermeria Global*, 34, 82–92.

Ran, K. J., & Hyde, C. (1999). Nephrology nursing practice: more than technical expertise. *Edtna/Erca Journal*, 25(4), 4–7. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10827588

Rebello, M. (1996). Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: contributo para análise das representações sociais. *Revista Sinais Vitais*, 9, 13–18.

Rente, J., & Pereira, M. (2014). Qualidade de vida dos insuficientes renais crónicos em hemodiálise em Portugal. *Nephro's, XVII (2)*, 17–27.

Rua, M. (n.d.). *A reflexão como estratégia de desenvolvimento de competências em contexto de Ensino Clínico*. Universidade de Aveiro. Disponível em <http://webs.uvigo.es/xie2011/NoVigo/XIE2011-053.pdf>

Sá, D., Cavalcante, A. M. R. Z., Stival, M. M., & Lima, L. R. (n.d.). *Diagnósticos de Enfermagem em pacientes em hemodiálise*.

Sakano, L. M., & Yoshitome, A. Y. (2007). Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 20(4), 495–498. <http://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400018>

Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avancada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *ervir : revista bimestral de enfermagem e informação*

geral. Vol. 55 , N° 1-2.

Smeltzer, S. C. ., & Bare, B. G. (2005). *Tratado de enfermagem médico cirúrgica* (10ª Edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Sociedade Portuguesa de Nefrologia, Gabinete de Registo (2015). *Relatório Gabinete de Registo da SPN: Tratamento Substitutivo Renal da Doença Renal Crónica Estadio V em Portugal. Encontro Renal.*

Sociedade Portuguesa de Nefrologia, Gabinete de Registo (2016). Relatório Gabinete de Registo da SPN: Tratamento Substitutivo Renal da Doença Renal Crónica Estadio V em Portugal. *Sociedade Portuguesa de Nefrologia*, 189.

Disponível em

http://www.bbg01.com/cdn/clientes/spnefro/noticias/129/REGISTO_DRC2016.pdf

Sousa, C. N. (2009). *Cuidar da Pessoa com Fístula Artério-Venosa: Dos Pressupostos Teóricos aos Contextos das Práticas*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19355/2/ClementeMestrado.pdf>

Stanton, A. L., Revenson, T. a, & Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565–92. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615>

Stasiak, C. E. S., Bazan, K. S., Kuss, R. S., Schuinski, A. F. M., & Baroni, G. (2014). Prevalence of anxiety and depression and its comorbidities in patients with chronic kidney disease on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 36(3), 325–331. <http://doi.org/10.5935/0101-2800.20140047>

Sturesson, A., & Ziegert, K. (2014). Prepare the patient for future challenges when facing hemodialysis: Nurses' experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1), 1–14. <http://doi.org/10.3402/qhw.v9.22952>

Teston, E., Marques, F., & Marcon, S. (2010). Diagnoses and nursing actions for individuals with chronic diseases assisted at home: descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 9 (3). Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=104971078&site=ehost-live>

Thomas, N. (2002). *Enfermagem em Nefrologia* (2ª Edição). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Thorne, S. E., Harris, S. R., Mahoney, K., Con, A., & McGuinness, L. (2004). The

context of health care communication in chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 54(3), 299–306. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2003.11.009>

Waldow, V. (2009). Momento de cuidar: momento de reflexão na acção. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 140–145.

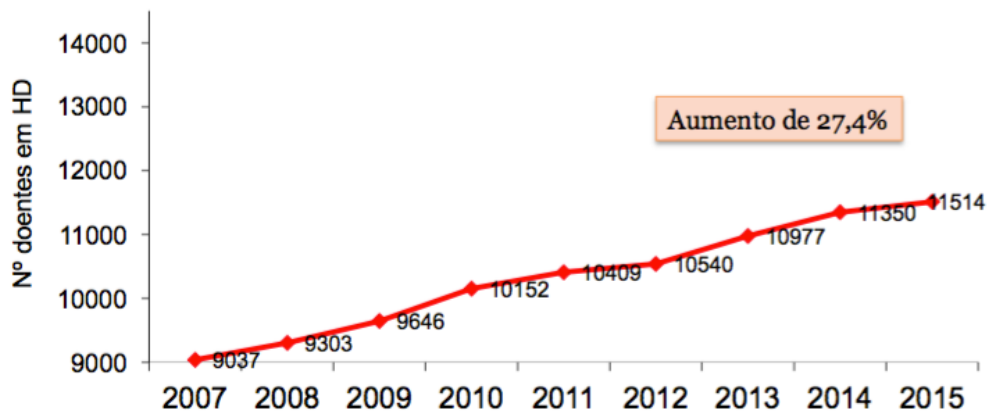
World Health Organization. (2005). Preventing Chronic Diseases: a Vital Investment. *Public Health Agency of Canada*, 202. <http://doi.org/10.1093/ije/dyl098>

Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Tabrizi, F. J., Behshid, M., & Lotfi, M. (2015). Challenges associated with the implementation of the nursing process: A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(4), 411–9. <http://doi.org/10.4103/1735-9066.161002>

ANEXO I – Dados Sociedade Portuguesa de Nefrologia



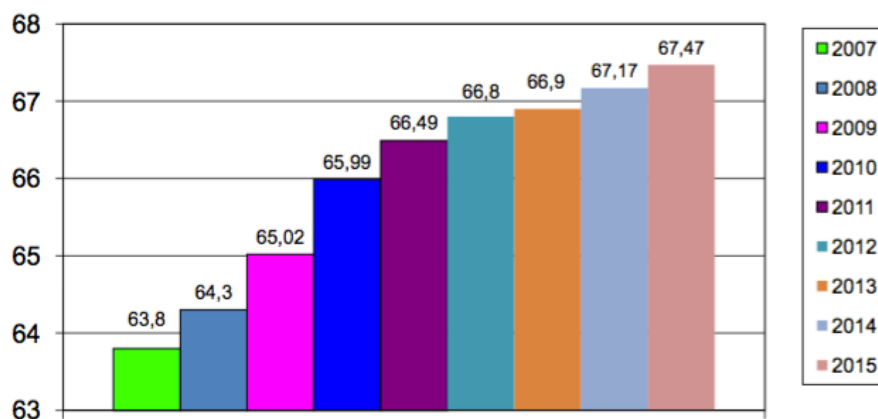
Doentes em HD 2007 - 2015



Gabinete de Registo da SPN, 2015 – Fernando Macário

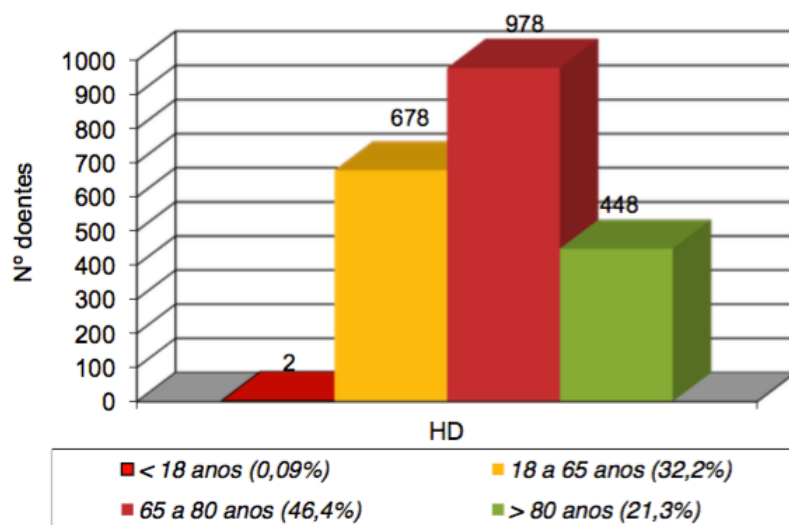


Evolução da média das idades dos doentes em HD 2007 – 2015



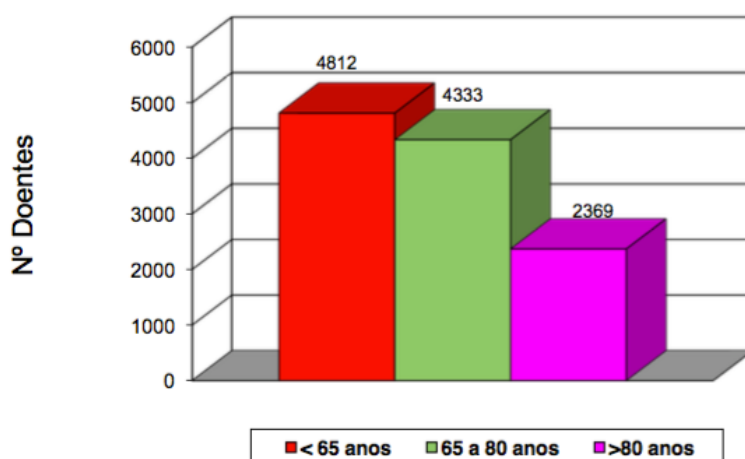
Gabinete de Registo da SPN, 2015 – Fernando Macário

Doentes que iniciaram hemodiálise em 2015 (Ni = 2106)



Gabinete de Registo da SPN, 2015 – Fernando Macário

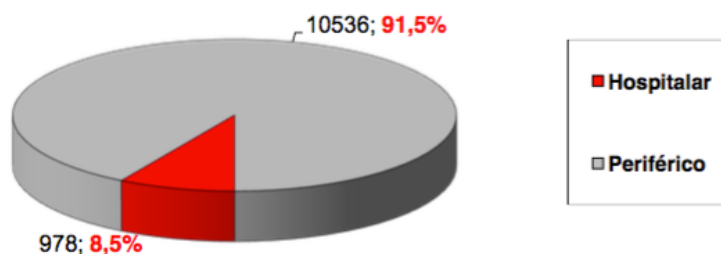
Doentes DRC-Vd em HD prevalentes em 2015 *distribuição por grupo etário*



N = 11514 ; 61,3% com idade > 65 anos (57,7% em 2013); 20,5% com idade > 80 anos

Gabinete de Registo da SPN, 2015 – Fernando Macário

Distribuição de doentes em HD por tipo de unidade em 2015



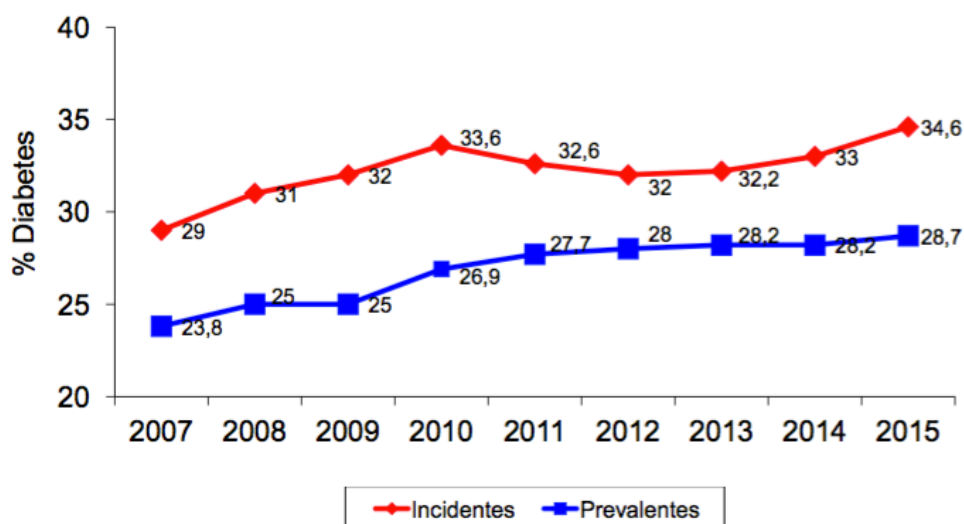
Gabinete de Registo da SPN, 2015 – Fernando Macário

Doentes DRC-Vd prevalentes em hemodiálise Distribuição por género / Média das idades 2015

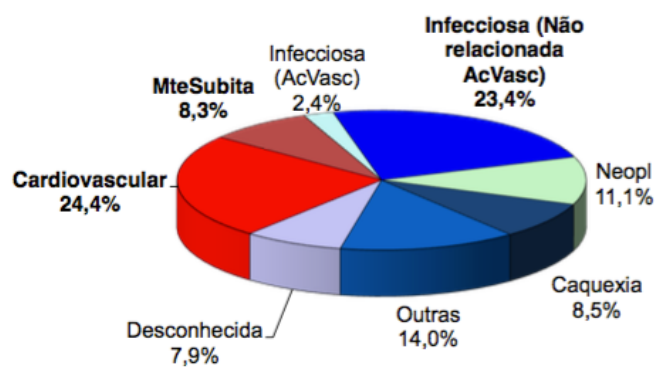
	Masculino	Feminino	Idade média	> 65 anos	> 80 anos
Norte	55,8%	44,2%	67,2	61,5%	20,6%
Centro	60,6%	39,4%	69,5	68,5%	24,7%
Sul	61,2%	38,8 %	69,1	63,6%	20,6%
Grande Lisboa	59,4%	40,6%	66,2	56,9%	19,5%
Ilhas	60,3%	39,7%	62,4	51,6%	8%

Gabinete de Registo da SPN, 2015 – Fernando Macário

Diabetes como causa de DRC em HD 2007 - 2015



Causas de morte em HD em 2015



N=1511

Artigo Original

Diagnósticos de enfermagem em pacientes renais crônicos em hemodiálise

Nursing diagnoses in chronic renal failure patients on hemodialysis

Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão¹

Ana Beatriz de Almeida Medeiros¹

Fernanda Beatriz Batista Lima e Silva¹

Jéssica Dantas de Sá¹

Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira¹

Descritores

Avaliação em enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Diálise renal/enfermagem; Insuficiência renal/enfermagem; Insuficiência renal crônica/enfermagem

Keywords

Nursing assessment; Nursing diagnosis; Renal dialysis/nursing; Renal insufficiency/nursing; Renal insufficiency, chronic/nursing

Submetido

5 de Novembro de 2013

Aceito

11 de Fevereiro de 2014

Resumo

Objetivo: identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes renais crônicos em hemodiálise.

Métodos: Estudo transversal com a inclusão de 178 pacientes, selecionados por amostragem de conveniência do tipo consecutiva. Para a coleta foram utilizados roteiros de entrevista e exame físico. Foi realizado um processo individual de julgamento clínico dos diagnósticos de enfermagem e os resultados obtidos passaram por processo de revisão de forma pareada entre os autores, para maior acurácia.

Resultados: Identificaram-se 24 diagnósticos de enfermagem, sendo os mais frequentes: risco de infecção (100%); volume de líquidos excessivo (99,4%); e hipotermia (61,8%).

Conclusão: Os diagnósticos mais frequentes identificados estão inseridos nos domínios segurança/proteção e nutrição.

Abstract

Objective: To identify the most frequent nursing diagnoses in chronic renal failure patients on hemodialysis.

Methods: A cross-sectional study including 178 patients, selected by convenience sample, consecutively recruited. For data collection, interview guides and physical examination were used. An individual process of clinical judgment for the nursing diagnoses was performed and, for better accuracy, the results obtained underwent a process of paired review among the authors.

Results: Twenty-four nursing diagnoses were identified, of which the most frequent were: risk for infection (100%); excessive fluid volume (99.4%); and, hypothermia (61.8%).

Conclusion: The most frequent diagnoses identified were included in the safety / protection and nutrition domains of NANDA-I.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400009>

Autor correspondente

Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão
Avenida Senador Salgado Filho, 3000
Lagoa Nova, Natal, RN, Brasil.
CEP: 59078-970
ceciliamfqueiroz@gmail.com

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE® para portadores de doença renal crônica

Subset of ICNP® diagnostic concepts for patients with chronic kidney disease
Subconjunto de conceptos diagnósticos de la CIPE® para pacientes con enfermedad renal crónica

Silvia Maria de Sá Basílio Lins^I, Fátima Helena do Espírito Santo^{II},
Patrícia dos Santos Claro Fuly^{III}, Telma Ribeiro Garcia^{III}

^I Universidade Federal Fluminense, Hospital Universitário Antonio Pedro. Niterói-RJ, Brasil.

^{II} Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa,
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Niterói-RJ, Brasil.

^{III} Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria,
Centro de Ciências da Saúde. João Pessoa-PB, Brasil.

Submissão: 06-09-2012 Aprovação: 21-03-2013

RESUMO

Estudo descritivo, que teve como objetivos propor um subconjunto de diagnósticos de enfermagem para pacientes renais crônicos, no estágio cinco da doença, elaborando-os segundo as orientações da CIPE® e organizando-os de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta; e validar o subconjunto de diagnósticos de enfermagem proposto, submetendo-os a especialistas para julgamento de sua pertinência a pacientes renais crônicos, no estágio cinco da doença. Elaborou-se, no total, um subconjunto de 77 diagnósticos de enfermagem, dentre os quais 70 (90%) apresentaram um índice de Concordância ≥ 0.80 entre os juízes, sendo validados. O subconjunto de diagnósticos de enfermagem resultante do estudo é bastante abrangente, acreditando-se em seu potencial para subsidiar uma assistência de enfermagem mais integral ao paciente renal crônico.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Processos de Enfermagem; Taxonomia; Insuficiência Renal Crônica.

ABSTRACT

This is a descriptive study, which aimed to propose a subset of nursing diagnoses for chronic renal failure patients in stage five of the disease, developing them according to the guidelines of the ICNP® and arranging them according to the concepts of Wanda de Aguiar Horta's Theory of Basic Human Needs; and validate the subset of nursing diagnoses proposed, subjecting them to experts for judging its relevance to chronic renal failure patients in stage five of the disease. It was drawn up, in total, a subset of 77 nursing diagnoses, among which 70 (90%) had a Concordance Index ≥ 0.80 among judges, being validated. The subset of nursing diagnoses resulting from the study is quite comprehensive, and one believe in its potential to subsidize a more comprehensive nursing care to the chronic renal patient.

Key words: Nursing Diagnosis; Nursing Process; Classification; Renal Insufficiency, Chronic.

RESUMEN

Estudio descriptivo que tuvo como objetivos proponer un subconjunto de diagnósticos de enfermería para pacientes renal crónicos, en el estadio cinco de la enfermedad, elaborados según las orientaciones de la CIPE® y ordenados de acuerdo a la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta; y validar el subconjunto de diagnósticos propuesto, sometiendo-os a evaluación de un grupo de expertos que jugaran su pertinencia a los pacientes renal crónicos, en el estadio cinco de la enfermedad. Fueron elaborados, en el total, 76 diagnósticos de enfermería, de entre los cuales 70 (90%) presentaron un índice de concordancia ≥ 0.8 entre los expertos, siendo validados. El subconjunto de diagnósticos de enfermería resultado de este estudio es bastante amplio, creyendo-se en su potencial para subsidiar una asistencia de enfermería mas integral al paciente renal crónico.

Palabras clave: Diagnóstico de Enfermería; Procesos de Enfermería; Clasificación; Insuficiencia Renal Crónica.

AUTOR CORRESPONDENTE Silvia Maria de Sá Basílio Lins E-mail: silviamarialins@gmail.com

APÊNDICE 1 – Cronograma de estágio

Datas/ Atividades		28 de Setembro a 8 de Novembro	9 de Novembro a 15 de Dezembro	16 a 27 de Novembro	30 de Novembro a 4 de Dezembro	7 a 18 de Dezembro	Férias	4 Janeiro a 14 de Fevereiro
Unidade de HD Periférica								
Clinica de Diabetes								
Hospital	Serviço de Nefrologia: • Internamento • Hemodiálise • Diálise Peritoneal							
	Unidade de Transplantação Renal							

APÊNDICE 2 – Caracterização dos locais de realização de estágio

APÊNDICE 2 – Caracterização dos locais de realização de estágio

Unidade de HD periférica

A escolha da unidade de HD periférica para realização de parte do meu percurso de aprendizagem deveu-se sobretudo ao facto de se tratar de um local onde seria possível desenvolver o meu projeto de investigação, tendo os meios necessários, recetividade da equipa multidisciplinar e população-alvo pretendida. O estágio decorreu de 28 de setembro a 8 de novembro de 2015, sob a orientação de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

A Unidade acima referida apresenta capacidade para 174 doentes, tendo no momento 157 doentes ativos, distribuídos por três turnos diários com a periodicidade de três tratamentos por semana. A unidade tem sete doentes com hepatite C, não recebendo doentes com Hepatite B e com Vírus Imunodeficiência Humana (HIV).

A equipa de pessoal inclui cinco Nefrologistas, quatro Médicos de Clínica Geral vinte e oito enfermeiros dos quais 12 especialistas, uma Dietista, uma Assistente Social, uma Farmacêutica. Dispõe também de duas administrativas, treze funcionários de serviços gerais e um técnico de manutenção.

Os monitores de HD disponíveis são exclusivamente Fresenius 5008 Cordiax distribuídos por duas salas de HD. Existe ainda uma central de tratamento de águas, de copa, armazém, e de uma farmácia para armazenar medicamentos e material de diálise.

Tendo por base o relatório de atividades desta unidade de HD, a 31 de dezembro de 2015, os acessos vasculares estavam distribuídos da seguinte forma, considerando um total de 164:

- 114 FAV;
- 27 próteses vasculares;
- 23 cateteres venosos centrais tunelizados.

Centro Hospitalar

Na escolha dos restantes locais de estágio tive em consideração a necessidade de contacto com o DRC nas várias fases da doença, tendo por isso escolhido um

hospital que recebe doentes em diferentes estadios da sua doença. Desta forma, o hospital selecionado, integrado no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental desde 2005, permitiu-me desenvolver o meu percurso no serviço de Medicina Interna e Nefrologia. Desenvolvi ainda o meu percurso na unidade de Transplantação Renal do mesmo hospital.

Serviço de Nefrologia

Esta unidade, além do serviço de internamento tem inclusos os serviços de HD e Diálise Peritoneal.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, funcionárias de secretariado afetos ao serviço de nefrologia, estando depois os elementos distribuídos pelas diferentes atividades clínicas. A assistente social, da psicóloga, a fisioterapeuta e o dietista são solicitados pelos profissionais do serviço, caso se identifique alguma situação em que seja útil.

Relativamente à equipa de enfermagem, a enfermeira chefe é comum aos três serviços. No internamento existem 23 enfermeiros, dos quais 4 são especialistas. Na HD existe uma enfermeira coordenadora e 19 enfermeiros dos quais 8 são especialistas. Na DP a equipa de enfermagem é formada por duas enfermeiras, sendo uma especialista.

Internamento

O serviço de internamento dispõe de 33 camas sendo que 27 estão atribuídas a doentes de nefrologia, 4 a doentes pré-operatórios de cirurgia cardiotorácica e 2 de arritmologia. Ao nível da sua estrutura física, este serviço está dividido em duas alas, sendo que o critério de distribuição dos doentes pelas mesmas rege-se pelo grau de dependência dos doentes. Desta forma, na ala 1 são alocados doentes mais independentes e na ala 2 são alocados os doentes mais dependentes, sendo que nesta ala existe uma unidade de cuidados intermédios com a capacidade de 5 camas. Cada quarto tem no máximo cinco camas, três deles possuem quarto de banho privativo.

Além do espaço acima descrito, este serviço dispõe de uma sala de enfermagem, de uma sala de pequena cirurgia designada por sala de biopsia, usada para a realização de procedimentos invasivos como colocação de cateteres e

biopsias, e uma “sala de emergências”, onde são atendidos os doentes seguidos no hospital nesta especialidade e que recorrem ao mesmo em situações de urgência não programadas após as 17h dos dias úteis e aos fins-de-semana.

Hemodiálise

A unidade de HD, incluída no serviço de nefrologia, dispõe de espaço físico próprio. Esta unidade tem um dos maiores programas de HD ambulatorial hospitalar.

Em funcionamento desde 1980, dispõe de 21 monitores para 15 postos, distribuídos por 4 salas. Nesta unidade realizam HD os doentes internados no Hospital e um grupo de doentes ambulatoriais crónicos. Alguns destes doentes são sujeitos a um regime de isolamento para casos de doença pelo VIH ou de infeção pelo vírus da Hepatite B. Para além da HD, são também executadas nesta unidade várias técnicas de tratamento dependentes da circulação extracorporeal, como a plasmaferese, hemoperfusão.

Este serviço usa um programa informático específico para a gestão clínica da unidade de HD (NEFRUS), que está em expansão para a Diálise Peritoneal e Transplantação.

Unidade de Diálise Peritoneal

Embora fisicamente esta unidade funcione em espaço físico distinto do serviço de Nefrologia (internamento e HD), esta unidade do ponto de vista organizacional encontra-se incluída neste serviço.

Iniciou a sua atividade em 1981, tendo sido uma unidade pioneira na zona Sul do país.

Este serviço acompanhava 65 doentes em diálise peritoneal (manual e automática) e em consultas de rotina realizadas habitualmente de 2 em 2 meses. De salientar a disponibilidade e a pré-disposição de toda a equipa em resolver dúvidas ou problemas pelo telefone ou por consulta de urgência.

Nesta unidade além de todo o acompanhamento realizado ao doente em programa de DP (ensino da técnica, vigilância e acompanhamento), realiza-se também a Consulta de Opção Terapêutica que tem como objetivo preparar a população com doença renal crónica avançada para o novo ciclo de vida que se inicia com a escolha de terapêutica substitutiva da função renal.

Serviço de Transplantação Renal

O serviço de transplantação renal, considerado pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência na área de Transplantação de Rim- adulto, encontra-se integrado na Consulta Externa do hospital em questão.

Ao nível de estrutura física dispõe de 3 gabinetes de enfermagem, 4 gabinetes médicos e um gabinete de apoio ao secretariado. A equipa é constituída por enfermeiros, médicos (comuns ao serviço de nefrologia), administrativos e assistentes operacionais.

Nesta unidade foi possível observar e colaborar nas diversas consultas da área do transplante: pré-transplante, pós-transplante, consulta de dador vivo. De referir ainda as reuniões multidisciplinares que ocorrem com uma periodicidade frequente, onde são discutidos diferentes casos clínicos e onde se procura fazer um “brainstoming” para encaminhamento e resolução dos mesmos.

APÊNDICE 3 – Grelhas de avaliação de estágio



AValiação da Unidade Curricular Estágio com Relatório

Nome: Ana Sofia Ferreira Instituição: Serviço:
 Efectuado de 28/09/2015 a 08/11/2015 Docente: Prof. Teresa Adília Novais Orientador: _____

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Competência de execução técnica	Fracos e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Grosseiras das bases teóricas;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento do planeamento; Conhecimentos e prática profissional adequados; Asseguradas básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimentos e prática profissional que habilitam a resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua quantidade e rigor na execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	<u>Excelente</u>
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho; Incapaz para tomar iniciativas trabalhando sob orientação permanente; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inapropriadas e/ou inoportunas;	Algum interesse em adquirir conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho; Incapaz para tomar iniciativas trabalhando sob orientação permanente; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inapropriadas e/ou inoportunas;	Interessa em aprender e melhorar os seus conhecimentos; Toma algumas iniciativas para as situações pouco complicadas com resultados positivos; Procura por criar novas soluções sempre adequadas;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Responde quase sempre as situações difíceis de forma correcta, sem necessidade de orientação excessiva; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interessa metodológica e sistematicamente; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	<u>Excelente</u>
Responsabilidade profissional	Falta as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de os assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade;	Revela muita ponderação nos actos que pratica; Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	<u>Excelente</u>
Relações humanas	Provoca atitudes frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Falta o relacionamento com o utente e família;	Estabelece uma relação profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; Cria um bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	<u>Excelente</u>

O Docente: Teresa Adília Novais Orientador: _____ Data: 30/10/2015



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A aluna atingiu os objetivos inicialmente propostos, em excelente desempenho e profissionalismo.
Avaliação final - Excelente

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 14/11/2016

Orientador

Assinatura

Data: 14/11/2016

Estudante

ma Sofia Pereira

[Assinatura]

AValiação DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Ara Sofia Ferreira Instituição: _____ Serviço: _____
Efectuado de 16/11/2015 a 29/11/2015 Docente: Fátima Moura Orientador: _____

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes. Conhecimentos profissionais insuficientes. Carece das bases essenciais.	Trabalha com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes. Conhecimentos com lacunas importantes.	Trabalha que satisfaz mas exige acompanhamento de pormenor. Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas.	Trabalha bem executado sem deficiências que chamem a atenção. Conhecimento e prática profissional que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade.	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor na execução. Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em rigor as exigências da função.	B/MB
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Inapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada. Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções. As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas.	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar. As vezes age com indecência tendo em conta as soluções adequadas. Faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada.	Interessa embora descontínuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos. Toma a iniciativa por em situações pouco convencionadas com resultados aceitáveis. Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados.	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos. Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa. Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas.	Interessa metódico e sistemático. Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso. Muito crítico. As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas.	B/MB
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos.	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir.	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos.	Revela ponderação em todos os actos que analisa e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica. Assume integralmente e pro-activamente a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário.	E
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho. Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho. Evita o relacionamento com o utente e família.	Difícil relacionamento profissional. Não contribui para um bom ambiente de trabalho. Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo. Mantém deficiente relação com utente e família.	Estabelece relação normal com colegas. Integra-se no grupo de trabalho e solicita ajuda. Mantém uma relação mínima com o utente e família.	Boas relações profissionais. Contribui para um bom ambiente de trabalho. Integra-se facilmente e efectua os parcerias com o grupo. Mantém boas relações com o utente e família envolvendo-os nos cuidados.	Relações profissionais muito boas. Cria bom ambiente de trabalho e age com eficácia. Faz integração no grupo. Mantém excelentes relações com utente e família, promovendo a sua autonomia.	B/MB

O Docente: Fátima Moura Orientador: _____ Data: 28/11/2015



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Muito Bom

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: Orientador

Assinatura

Data: Estudante

Ana Sofia Gomes Angelica Ferreira

João Pereira

AValiação da Unidade Curricular Estágio com Relatório

Nome: Ana Sofia Beata A. Pereira Instituição: _____ Serviço: _____
Efectuado de 30/11/2015 a 4/12/2015 Docente: HA Eulália Gomes Orientador: _____

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalha com bastantes erros; exige o acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalha que satisfaz mas exige aperfeiçoamento da performance; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalha bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissional que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissional profundas e actualizadas que ultrapassam em parte as exigências da função;	E
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho; Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação e menorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem a tomar soluções adequadas; Faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interessa embora descontinuo em aumentar e aprofundar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aprofundar os seus conhecimentos; Resolva quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interessa metodico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções por si mesmo para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	E
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de os assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade;	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo os se necessário;	E
Relações humanas	Passa a vitórias frequentes projectando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e a família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para a melhoria do ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se convenientemente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Bom relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e adequadamente para cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; Com um bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Faz integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, procurando a sua autonomia;	E

O Docente: Eulália Gomes Orientador: _____ Data: 4/12/2015



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Enf.^a Ana Sofia apresenta exatidão capacidades profissionais, tanto ao nível de capacidade técnica-profissional como das relações humanas.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: Orientador,

Assinatura

Data: Estudante

Ana Sofia Pereira

Ana Pereira

AValiação da Unidade Curricular Estágio com Relatório

Nome: Luís Silva da Boa Sena Instituição: FEEL Serviço: FEEL
Efectuado de 8/12/2015 a 19/12/2015 Docente: Elvira da Nogueira Orientador: FEEL

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalha com bastantes erros exigindo acompanhamento e correções frequentes; Conhecimentos com algumas importantes;	Trabalha que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalha bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimentos e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior como unidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que vão além das regras e exigências de funções;	
Desenvolvimento profissional	Das interesse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho; Incapaz para tomar iniciativa trabalhando sob orientação permanente; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inapertunas;	Algum interesse em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interessa embora discontinue a aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados positivos; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Faz uso quase sempre as situações difíceis de forma assertiva, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interessa metodologicamente e sistematicamente; Age com independência e desenvolvimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muita orientação; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade;	Revela muita ponderação nos actos que pratica. Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	
Relações humanas	Provoca conflitos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Oficialmente profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo e coopera quando solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo as necessidades;	Relações profissionais muito boas; Bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	

O Docente: Elvira da Nogueira Orientador: FEEL Data: / /



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Sr. Enfermeira D. Sofia Ferreira, colabora na intervenção de enfermeiros de Unidade, revelando conhecimentos e competências de responsabilidade na ajuda de pessoas com doenças renal crónica.
Revela grandes competências relacionais tanto com o utente transplantado como com a equipa de saúde.
Destacou-se a sua grande motivação para viver todas as valências existentes nesta unidade, demonstrando sempre grande interesse.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 30/2/16

Orientador

Assinatura

Data: 1/2/16

Estudante

D. Sofia Ferreira

Ferreira

AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Ana Sofia Ferreira

Instituição:

Serviço:

Efectuado de 9/1/16 a 24/2/16

Docente: Gilda Nobre

Orientador:

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e efeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carência das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalha que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenores; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução dos problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e práticas profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	<u>sup</u>
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação permanente. Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções. As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interessa embora descontinuo em aumentar e aprofundar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados acórdiosos;	Em regra revela interesse em melhorar e aprofundar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interessa mantida e desenvolvida; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativa; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	<u>sup</u>
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade;	Revela muita ponderação nos actos que pratica. Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	<u>Bom</u>
Relações humanas	Provoca conflitos frequentes prejudicando o trabalho. Não convive com o grupo e indivíduos sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional. Não contribui para um bom ambiente de trabalho. Procura-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo; se expostamente solicitado. Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Bom relacionamento. Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; O bom ambiente de trabalho e o bom relacionamento com o grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	<u>Bom</u>

O Docente: Gilda Nobre

Orientador:

Data: 22/2/2016



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Ana Sofia desenvolveu o seu estágio na Unidade de Diálise Peritoneal (UDP), entre 4 de Janeiro e 14 de Fevereiro de 2016.

Não sendo uma área que domine, ao longo do estágio contactou com doentes em diferentes estadios: doentes renais crónicos em consulta de esclarecimento, em início de TSFR e em programa regular de DP, quer em situação de rotina quer em situação de urgência.

Na consulta de Nefrologia-Opções, não conseguiu acompanhar a totalidade das vertentes da referida consulta, no entanto interveio sempre que considerou pertinente.

Assistiu a procedimentos específicos da UDP (como sendo a substituição do prolongador, ensinos) e participou nas consultas de rotina.

Demonstrou uma atitude correta durante o estágio e relação cordial com a equipa da UDP, e com os doentes e seus familiares.

Relativamente aos objetivos a que se propôs, estes foram parcialmente atingidos devido à redução do movimento na unidade durante o tempo de estágio.

Avaliação qualitativa: a) 10 a 13 - Suficiente; b) 14 e 15 - Bom; c) 16 e 17 - Muito bom; d) 18 a 20 -Excelente (Dec-Lei nº 45/2005 de 22 de Fevereiro)

Data: 12-02-2016

Orientador

Assinatura

Data: 12-02-2016

Estudante

Ana Sofia Bento Augusto Ferreira

Ana Ferreira

APÊNDICE 4 – Levantamento bibliográfico da evidência científica do uso dos diagnósticos de Enfermagem

APÊNDICE 4 – Levantamento bibliográfico da evidência científica do uso dos diagnósticos de Enfermagem

O quadro abaixo apresentado resultou da pesquisa bibliográfica efetuada que teve como objetivo de identificar as mais-valias do levantamento dos diagnósticos de enfermagem, as diferentes classificações de enfermagem e selecionar quais as mais adequadas ao contexto do doente renal crónico. Esta pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados nacionais (Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal; DGS; INE; Biblioteca Virtual em Saúde e *Scielo* Portugal) e internacionais (CINAHL; EDTNA/ERCA; MEDLINE; *Scielo* Brasil e *World Health Organization*) e os descritores utilizados foram: Doença Renal Crónica (*Chronic Kidney Disease*); HD (Hemodialysis); PE (Nursing Process).

Artigo	Autores / Publicação	Tema/Obj etivos	Método	Resultados	Conclusão	Diagnó sticos NANDA/CIP E	Área
“Evaluation of the implementation of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes”	Müller-Staub, M. (2009). <i>The Official Journal of NANDA International</i> , 20(1),	Explorar as classificações de enfermagem; Reportar os efeitos da implementação de diagnósticos de enfermagem	Revisão sistemática; Desenvolvimento de instrumento e teste; Estudo da intervenção pré e pós;	Apenas NANDA internacional contém sinais e sintomas e etiologias associadas; NANDA contém ligações testadas e determinadas entre diagnósticos, intervenções e resultados.	O estabelecimento apenas de diagnósticos de enfermagem é insuficiente para identificar as necessidades dos doentes.	NANDA-NIC-NOC	Geral

				<p>A implementação de diagnósticos, intervenções e avaliação de resultados otimiza a qualidade dos cuidados de enfermagem. A definição precisa de diagnósticos e a sua ligação com intervenções precisas é fundamental para o alcance de resultados favoráveis junto dos doentes.</p>			
<p>“Diagnósticos de Enfermagem em pacientes renais crónicos em HD”</p>	<p>Frazão, C., Medeiros, A., Silva, F., Sá, J., & Lira, A. (2014). <i>Acta</i></p>	<p>Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em doentes renais crónicos em HD</p>	<p>Estudo transversal. Doentes selecionados por amostragem de conveniência do tipo consecutiva.</p>	<p>Identificaram-se 24 diagnósticos de enfermagem mais frequentes em doentes renais crónicos em HD. Sendo os mais frequentes risco de infeção, volume de líquidos excessivo e hipotermia.</p>	<p>Os diagnósticos mais frequentes estão inseridos no domínio da segurança/proteção e nutrição</p>	<p>NANDA</p>	<p>Nefrologia - doentes renais crónicos em HD</p>

	<i>Paulista de Enfermagem.</i>						
“Perfil de diagnósticos de enfermagem antes de iniciar o tratamento hemodialítico”	Bisca, M. M., & Marques, I. R. (2010). <i>Revista Brasileira de Enfermagem.</i>	Descrever o perfil de diagnósticos de enfermagem de 31 doentes em início de tratamento hemodialítico numa clínica de HD	Estudo baseado na consulta de dados do processo do doente. Amostragem em não probabilística por conveniência. Instrumento de colheita de dados.	Identificados e descritos 11 diagnósticos de enfermagem; Diagnóstico “controlo ineficaz do regime terapêutico” o que chama mais atenção-	A identificação do perfil de diagnósticos é fundamental para a etapa de planeamento dos cuidados de enfermagem. A identificação dos diagnósticos permite a construção de uma base de conhecimento.	NANDA	HD
“Nursing Diagnoses and adaptation problems among chronic renal patients”	Frazão, C., Medeiros, A., Paiva, M., Enders, B., Oliveira,	Identificar semelhanças entre NANDA internacional e o modelo de adaptação de Roy em doentes em HD	Estudo transversal e descritivo. Amostra por conveniência.	Foram encontradas semelhanças entre 20 diagnósticos de enfermagem e 22 problemas de adaptação Uma das limitações do	O uso dos diagnósticos de enfermagem contextualizado numa teoria própria enriquece o cuidado e fortalece o conhecimento	Teoria de adaptação de Roy e NANDA internacional	Nefrologia

	M., & Lira, A. (2013). Invest Educ Enf.			estudo é o facto de considerar apenas a investigação do PE e diagnósticos. Estudos que abrangem todas as fases do PE, considerando intervenções específicas e prognóstico de resultados esperados, poderão levar ao melhoramento da qualidade de vida dos doentes renais crónicos em HD	científico da profissão.		
“Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE para portadores da DRC”	Lins, S., Santo, H., Fuly, P., & Garcia, T. (2013). <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>	Propor um subconjunto de diagnósticos de enfermagem para pacientes renais crónicos	Estudo descritivo	Foi elaborado um total de 77 diagnósticos de enfermagem os quais foram submetidos a validação por especialistas, dos quais 70 foram considerados válidos para o doente renal	A utilização de CIPE mostrou como o sistema de classificação é versátil, capaz de atender a uma multiplicidade de respostas humanas e facilmente adaptável à	CIPE Teoria das necessidades humanas básicas de Horta	DRC

				<p>crónico no estadio 5 da doença.</p> <p>Apesar de os diagnósticos não estarem formalmente registados no PE, fazem parte do dia a dia dos participantes desta pesquisa.</p> <p>A padronização da linguagem utilizada nos diagnósticos de enfermagem deve ser estimulada na prestação de cuidados, pois a sua realização favorece o registo sistemático da prática clínica de Enfermagem, subsidia uma prática baseada em evidências, possibilita a mensuração e</p>	<p>cultura de trabalho local.</p>		
--	--	--	--	--	-----------------------------------	--	--

				<p>avaliação dos cuidados prestados e, consequentemente, contribui para uma melhoria da qualidade do serviço.</p> <p>O doente renal crónico beneficiará de uma assistência integral, tendo as suas necessidades satisfeitas de uma forma mais ampla e estruturada.</p>			
“Measuring Elderly Care Through the use of a Nursing Conceptual Model and International Classification for Nursing Practice”	<p>Ausili, D., Sironi, C., Rasero, L., & Coenen, A. (2012). <i>International Journal</i></p>	<p>Descrever diagnósticos de enfermagem no cuidado ao doente idoso a curto e longo prazo</p>	<p>Levantamento de prevalência pontual</p>	<p>2673 diagnósticos foram detetados, sendo a média superior nos cuidados domiciliários do que nos cuidados hospitalares.</p>	<p>Os resultados ajudam a compreender a natureza das necessidades da pessoa idosa e contribuem para o desenvolvimento de um catálogo CIPE</p>	<p>CIPE</p>	<p>Pessoa idosa.</p>

	<i>of Nursing Knowledge.</i>				para o cuidado à pessoa idosa.		
“Diagnoses and nursing actions for individuals with chronic diseases assisted at home: descriptive study”	Teston, E., Marques, F., & Marcon, S. (2010). <i>Online Brazilian Journal of Nursing</i> , 9 (3).	Identificar os diagnósticos de Enfermagem mais frequentes e propor intervenções específicas para indivíduos com doenças crônicas no domicílio.	Estudo do tipo descritivo exploratório. Levantamento de dados no processo do doente.	Os diagnósticos mais frequentes foram: deficit de autocuidado, mobilidade física alterada, deficits das atividades de recreação e integridade da pele prejudicada	O diagnóstico de enfermagem no âmbito domiciliar possibilita maior valorização do papel da família no cuidado ao indivíduo com doença crônica proporcionando qualidade de vida e por conseguinte evita o reinternamento.	NANDA	Doença Crônica
“Nursing diagnoses, interventions and outcomes –	Muller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., &	Revisão sistemática dos resultados	Revisão sistemática da literatura	O uso dos diagnósticos de enfermagem melhorou a	A definição de diagnósticos de enfermagem isolada é		

application and impact on nursing practice: systematic review”	Achterberg, T. Van. (2006). <i>Blackwell Publishing Ltd.</i>	<p>dos diagnósticos de enfermagem.</p> <p>Analisa os efeitos sobre a documentação o de qualidade da avaliação; frequência, exatidão e integridade dos diagnósticos de enfermagem; e sobre a coerência entre diagnósticos de enfermagem,</p>		qualidade das avaliações dos doentes documentadas.	<p>insuficiente para apreender as necessidades dos doentes.</p> <p>Independentemente do método utilizado, a educação nos diagnósticos de enfermagem deve focar-se na razão do diagnóstico precisa se concentrar em raciocínio diagnóstico, com base na identificação adequada de sinais / sintomas e etiologia de diagnósticos.</p>		
--	--	---	--	--	---	--	--

		intervenções e resultados.			Diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados não deve ser ensinada como unidades separadas, mas embutida na educação PE.		
“O diagnóstico de enfermagem na prática profissional do enfermeiro em uma clínica cirúrgica”	Crozeta, K., Lacerda, M. R., Meier, M. J., & Danski, M. (2008). <i>Online Brazilian Journal of Nursing.</i>	Analisar a transcrição dos diagnósticos de enfermagem da Taxonomia NANDA para a Taxonomia CIPE em uma clínica cirúrgica	Estudo descritivo de abordagem qualitativa	Este estudo aponta que as taxonomias são complementares e ambas têm vantagens e desvantagens. A utilização do diagnóstico de enfermagem é uma ferramenta valiosa para uma prática profissional autônoma e	O diagnóstico de enfermagem e as taxonomias representam instrumentos de trabalho fundamentais, uma vez que propiciam a relação entre conhecimento e cuidado. Este estudo aponta que as	CIPE	Cirurgia

				visível.	taxonomias são complementares , e que ambas têm vantagens e desvantagens.		
“Diagnostic Specific Outcomes and Nursing Effectiveness Research”	Moorhead, S., & Johnson, M. (2004). <i>International Journal of Nursing Terminologies and Classifications</i> .	Rever o uso de resultados específicos para diagnósticos nos cuidados de enfermagem	Revisão sistemática da literatura	A identificação de resultados específicos para diagnósticos é necessária para expandir a base de conhecimentos de enfermagem e identificar a relação custo-efetividade das intervenções de enfermagem.	O trabalho com os resultados deve ser realizado nos locais onde se realiza a assistência de enfermagem.		
“Implementação do PE ao paciente	Frazão, C., Araujo, A., & Lira, A.	aplicar o PE em paciente renal crônico	estudo descritivo	traçaram-se três diagnósticos de enfermagem: Nutrição	a utilização do PE proporcionou a assistência	NANDA	HD

submetido a HD”	L. (2013). <i>Journal of Nursing</i>	submetido à HD.		desequilibrada menos que as necessidades corporais, Volume de líquido excessivo e Insônia.	direcionada para as reais necessidades do cliente, fornecendo meios para propor intervenções e alcançar resultados esperados.		
“Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes em HD”	Sá, D., Cavalcante, A. M. R. Z., Stival, M. M., & Lima, L. R. (n.d.). Simpósio Nacional de diagnóstico em	Identificar os diagnósticos de enfermagem (DE) em pacientes em HD, de segundo a taxonomia II da NANDA-I e modelo conceitual de	Estudo descritivo, quantitativo, transversal,	Foram evidenciados 25 diagnósticos de enfermagem nos clientes avaliados Tais diagnósticos foram evidenciados em sua maioria por alterações fisiológicas causadas pelo tratamento de HD,	Os resultados deste estudo demonstraram que a aplicabilidade de uma teoria facilita a identificação dos problemas dos pacientes, contribuiu para identificar os DE e também no	NANDA	HD

	Enfermagem	Horta.		o que evidencia que a equipe de enfermagem deve estar atenta as alterações fisiológicas/psicológicas, assim como a forma de avaliar o paciente fundamentado em teoria, no período de tratamento em HD, para elucidação de diagnósticos de enfermagem.	desenvolvendo habilidades do julgamento clínico necessário ao exercício profissional do enfermeiro.		
“Diagnósticos de Enfermagem de pacientes em tratamento	Holanda, R. H., & Silva, V. M. (2009). <i>Revista Da Rede</i>	Identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes com insuficiência	Estudo descritivo	Foi possível inferir os diagnósticos de enfermagem dos pacientes em tratamento hemodialítico.	Conclui-se que o conhecimento dos diagnósticos de enfermagem contribuirá para o	NANDA	HD

hemodialítico ”	<i>Enfermagem Do Nordeste.</i>	renal crônica em tratamento hemodialítico		Entre estes, identificou-se um total de 13 diagnósticos de enfermagem	direcionamento do cuidado do enfermeiro		
“Diagnósticos de Enfermagem em pacientes submetidos à HD”	Povoedra, V., Alves, J., Santos, E., & Alessandra, M. (2008). <i>Enfermeira Global.</i>	Determinar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes submetidos a tratamento hemodialítico	Estudo quantitativo, do tipo descritivo exploratório,	Foram identificados 24 diagnósticos mais frequentes, sendo seis encontrados em 100% da amostra estudada	O estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem comuns aos sujeitos submetidos a HD auxiliará o profissional de enfermagem envolvido no atendimento aos pacientes renais crônicos, fornecendo ferramentas para o planejamento da assistência.	NANDA	HD

“Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na Clínica Pediátrica de um hospital escola”	Nóbrega, R. V., Nóbrega, M. M. L. da, & Silva, K. de L. (2010). <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> .	<p>Construir a afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças internadas na Clínica Pediátrica de um hospital escol</p> <p>Validar as afirmativas construídas com a participação de enfermeiros peritos</p>	Pesquisa exploratório-descritiva	Foram elaboradas 107 diagnósticos / resultados de enfermagem, das quais 48 atingiram IC ≥ 0.8 (44,85%) entre os enfermeiros experts, no processo de validação. Para estas 48 afirmativas, foram elaboradas 330 intervenções de enfermagem, das quais 270 alcançaram IC ≥ 0.8 (81,81%) entre os enfermeiros experts.	A elaboração de diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem é uma ferramenta relevante para a qualidade da sistematização da assistência, uma vez que o diagnóstico, quando utilizado corretamente, possibilita direcionar as ações por meio das intervenções a serem implementadas pela equipe de enfermagem. Além disso, possibilita a utilização de uma linguagem específica da área, garantindo	CIPE	Pediatric

					uma comunicação clara, precisa e objetiva entre todos que compõem a equipe de enfermagem.		
“Construção e validação de afirmativas de diagnósticos	Marques, D., Nóbrega, M., & Silva, K. (2012).	Desenvolver diagnósticos de enfermagem a partir dos	Pesquisa exploratório-descritiva	Após revisão da literatura foram consideradas 33 necessidades, sendo identificados 484	Conclui-se que o desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem	CIPE	Pediatric

de enfermagem para adolescentes hospitalizados”	<i>Revista Eletrônica de Enfermagem</i> .	indicadores clínicos das Necessidades Humanas Básicas identificadas em adolescentes hospitalizados		indicadores empíricos para adolescentes hospitalizados, os quais foram validados, resultando em 319 indicadores, sendo 200 nas necessidades psicobiológicas, 116 nas necessidades psicossociais e 3 na necessidade psicoespiritual. Em seguida foram validadas 60 afirmativas de diagnósticos de enfermagem utilizando a CIPE®.	para adolescentes hospitalizados contribui para atender de forma mais específica as suas necessidades, bem como para o avanço na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no hospital pesquisado.		
“Diagnósticos e intervenções de	Sakano, L. M., & Yoshitome, A. Y. (2007).	Conhecer os principais diagnósticos de enfermagem em idosos e	Estudo retrospectivo		O diagnóstico de enfermagem e as intervenções quando interligadas,	NANDA	Saúde da pessoa idosa

enfermagem em idosos hospitalizados”	<i>Acta Paulista de Enfermagem</i> .	propor as intervenções de enfermagem para os principais DE encontrados nesta população			permitem melhor solução para o problema levantado, facilitando a conduta de enfermagem e mantendo a assistência individualizada.		
“Diagnósticos e intervenções de enfermagem para uma criança pós-cirurgia cardíaca em unidade de terapia intensiva”	Cavalcante, A., Brunori, E., Lopes, C., Silva, A., & Herdman, T. H. (2014) <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> .	Descrever o julgamento clínico de enfermagem para identificar diagnósticos NANDA e desenvolver um plano de tratamento NIC para uma criança em pós-operatório de cirurgia cardíaca em terapia	Estudo retrospectivo	Três enfermeiras identificaram diagnósticos NANDA e intervenções NIC. Criança de 6 meses, submetida a cirurgia cardíaca, necessitou oxigenação extracorpórea por membrana no pós-operatório. Foram identificados quatro principais diagnósticos, aos quais foram direcionadas dez	O uso das terminologias padronizadas, NANDA – I e NOC incorporam um método consistente baseado em teoria científica e evidências, enquanto promove o conhecimento de enfermagem e o julgamento clínico que levam a uma intervenção de	NANDA	Pediatria

		intensiva.		<p>intervenções. A proposta de intervenções para responder às necessidades humanas prioritárias da criança foi otimizada pelo uso das terminologias padronizadas. Todos os diagnósticos foram sustentados por indicadores diagnósticos; todas as intervenções foram cientificamente sustentadas.</p>	enfermagem adequada.		
<p>“Diagnósticos e intervenções de</p>	<p>Araújo, A., Nóbrega, M., & Garcia, T. (2013). Rev Esc</p>	<p>Construir a afirmativas de diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes</p>	<p>Estudo exploratório-descritivo</p>	<p>Foram construídos 92 diagnósticos de enfermagem, que depois de normalizadas, passaram a 66 e foram separadas de acordo com o</p>	<p>A CIPE revelou-se como um instrumento que pode viabilizar a promoção, a organização e a qualidade do</p>	<p>CIPE</p>	<p>Cardiologia</p>

<p>enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE”</p>	<p>Enfermagem USP.</p>	<p>portadores de insuficiência cardíaca congestiva.</p>		<p>modelo fisiopatológico</p>	<p>cuidado, contribuindo para a autonomia e autoconfiança profissional, além de proporcionar uma visibilidade das práticas de enfermagem e valorização da profissão, em áreas específicas como a cardiologia, que requer dos profissionais que desenvolvem as suas atividades com comprometimento com o cuidar.</p>		
---	------------------------	---	--	-------------------------------	---	--	--

APÊNDICE 5– Grelhas de avaliação dos diagnósticos de enfermagem (NANDA)

Diagnósticos da NANDA para portadores de doença renal crônica: Grelha de avaliação

Avaliação nº: _____

Diagnósticos de Enfermagem	Avaliação	
	Presente	Ausente
1. Risco de Infecção: Risco de ser invadido por organismos patogênicos.		
2. Volume de líquidos excessivo: Retenção aumentada de líquidos isotônicos		
3. Hipotermia: Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais.		
4. Fadiga: Uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual.		
5. Autocontrole ineficaz da saúde: Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar as metas específicas de saúde.		
6. Dentição prejudicada: Distúrbios nos padrões de desenvolvimento/erupção dentário ou na integridade estrutural dos dentes de um indivíduo.		
7. Risco de quedas: Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.		
8. Mobilidade física prejudicada: Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.		

9. Disfunção sexual: O estado em que o indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recompensadora e inadequada.		
10. Percepção sensorial perturbada: visual: Mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos.		
11. Insônia: Distúrbio na quantidade e na qualidade do sono que prejudica o funcionamento normal de uma pessoa.		
12. Conhecimento deficiente: Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico.		
13. Dor Crônica: Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tecidular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão. Início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com uma duração de mais de seis meses.		
14. Percepção sensorial perturbada: auditiva: Mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos.		
15. Proteção ineficaz: Diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões.		
16. Baixa autoestima situacional: Desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu		

Fonte: Frazão, C., Medeiros, A., Silva, F., Sá, J., & Lira, A. (2014). Nursing diagnoses in chronic renal failure patients on hemodialysis. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(1), 40–43.
<http://doi.org/10.1590/1982-0194201400009>

próprio valor em resposta a uma situação atual.		
17. Deficit no autocuidado para vestir-se: Capacidade prejudicada de realizar ou completar atividades de vestir-se por si mesmo.		
18. Dor Aguda: Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.		
19. Integridade da pele prejudicada. Epiderme e/ou derme alteradas.		
20. Constipação: Diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas.		
21. Percepção sensorial perturbada: tátil: Risco de lesão, como resultado de condições ambientais interagindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo.		
22. Risco de Lesão: Risco de lesão, como resultado de condições ambientais interagindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo.		
23. Diarreia: Eliminação de fezes soltas e não formadas		
24. Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais: Ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer às necessidades metabólicas.		

APÊNDICE 6 – Grelhas de avaliação dos diagnósticos de enfermagem (CIPE)

APÊNDICE 6 – Grelhas de avaliação dos diagnósticos de enfermagem (CIPE)

Diagnósticos CIPE para portadores de doença renal crônica: Grelha de avaliação

Avaliação nº: _____

Diagnósticos de Enfermagem	Avaliação	
	Presente	Ausente
1. Risco de inquietação: Possibilidade de apresentar hiperatividade. Sensação de inquietude, cansaço, e formigamento profundo nos músculos, algumas vezes associado a fasciculação muscular e sensação de picadas dolorosas.		
2. Risco de cognição prejudicada: Possibilidade de apresentar comprometimento no processo psicológico. Processo intelectual envolvendo todos os aspectos da percepção, pensamento, raciocínio e lembranças.		
3. Dor óssea: Dor músculo-esquelética. Leve a moderado desconforto proveniente do periósteo.		
4. Risco de dispneia: Possibilidade de comprometimento do processo do sistema respiratório. Movimento forçado de ar para dentro e para fora dos pulmões, encurtamento da respiração, associado à insuficiência de oxigênio no sangue circulante, sensação de desconforto e ansiedade.		
5. Dispneia: Processo do sistema respiratório. Movimento forçado de ar para		

dentro e para fora dos pulmões, encurtamento da respiração, associado à insuficiência de oxigênio no sangue circulante, sensação de desconforto e ansiedade.		
6. Pressão sanguínea alta: Processo do sistema circulatório. Bombeamento de sangue através dos vasos com pressão maior que o normal.		
7. Frequência cardíaca prejudicada: Alteração no índice da frequência normal do coração.		
8. Risco de arritmia: Possibilidade de comprometimento de um processo cardíaco. Variação do ritmo normal de contração atrial e ventricular do miocárdio.		
9. Risco de dor isquêmica: Possibilidade de desenvolver dor vascular. Sensação de dor originada devido a fornecimento reduzido de sangue periférico, associado a doença vascular periférica, diminuição da corrente sanguínea associada a aparelhos ortopédicos ou outros objetos apertados, suprimento sanguíneo insuficiente tal como doenças arteriais oclusivas, trauma cirúrgico; a dor isquêmica é muitas vezes descrita como intensa e excruciante.		
10. Débito cardíaco aumentado: Elevação no status cardíaco. Quantidade aumentada do sangue ejetado do ventrículo esquerdo, por minuto.		
11. Perfusão tecidual periférica prejudicada: Alteração no processo vascular.		

Fonte: Lins, S., Santo, H., Fuly, P., & Garcia, T. (2013). Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE

® para portadores de doença renal crônica. *Rev Bras Enfermagem*, 66(2), 180–189.

Circulação do sangue através dos tecidos periféricos para transporte do oxigênio, fluidos e nutrientes a nível celular, associado com a temperatura da pele e coloração, diminuição do pulso arterial, alterações na pressão arterial sanguínea, cicatrização de feridas e crescimento de pelos do corpo.		
12. Baixa diurese: Processo do sistema urinário com volume de diurese abaixo da normalidade		
13. Edema periférico: Edema localizado nas extremidades		
14. Retenção hídrica: Processo do sistema regulador comprometido. Condição de retenção de fluidos corporais nos espaços tecidulares, associada a alteração do equilíbrio de eletrólitos, edema do tecido corporal, efusão, aumento de peso, respiração encurtada, agitação e alterações do estado mental.		
15. Volume de líquido prejudicado: Comprometimento no status nutricional. Soma dos processos corporais e mecanismos homeostáticos envolvidos na regulação da retenção e eliminação de fluidos corporais tais como a quantidade e equilíbrio de água e eletrólitos nos compartimentos intracelulares do corpo.		
16. Acidose metabólica: Desequilíbrio de líquido ou eletrólito.		
17. Hipercalemia: Desequilíbrio de líquido ou eletrólito.		
18. Hipernatremia: Desequilíbrio de		

Fonte: Lins, S., Santo, H., Fuly, P., & Garcia, T. (2013). Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE

® para portadores de doença renal crônica. *Rev Bras Enfermagem*, 66(2), 180–189.

líquido ou eletrólito.		
19. Hiperfosfatemia: Desequilíbrio de líquido ou eletrólito.		
20. Hipocalcemia: Desequilíbrio de líquido ou eletrólito.		
21. Hiperglicemia: Desequilíbrio de líquido ou eletrólito.		
22. Sede moderada: necessidade moderada de satisfazer uma percepção. Sensação de desejo para beber água ou outro fluido, relacionada com boca e garganta, membrana mucosa seca na boca e garganta.		
23. Sede severa: necessidade severa de satisfazer uma percepção. Sensação de desejo para beber água ou outro fluido, relacionada com boca e garganta, membrana mucosa seca na boca e garganta.		
24. Vômitos: Processo do sistema gastrointestinal: expulsão ou retorno a boca de alimentos transformados ou de conteúdo gástrico através do esôfago e para fora da boca.		
25. Náuseas: Sensação de enjôo com tendência para vomitar, sensação desagradável vagamente relacionada com o epigástrico e o abdome, agradava pelo sabor e pelo cheiro.		
26. Apetite prejudicado: Diminuição da sensação de desejo para satisfazer necessidades corporais por nutrientes ou por determinados tipos de alimentos		
27. Status nutricional negativo: Peso e massa corporal com relação a ingestão de específicos nutrientes, estimados de acordo		

Fonte: Lins, S., Santo, H., Fuly, P., & Garcia, T. (2013). Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE

® para portadores de doença renal crônica. *Rev Bras Enfermagem*, 66(2), 180–189.

com a altura, estrutura corporal e idade apresentando comprometimento negativo.		
28. Ingestão deficiente de alimentos: Comprometimento do processo de adquirir nutrientes tais como proteínas, minerais, hidratos de carbono, gordura, vitaminas necessárias para o crescimento, funcionamento normal e manutenção da vida.		
29. Desnutrição: Processo do sistema regulador comprometido: Condição de nutrição pobre devida à ingestão desequilibrada ou insuficiente qualidade de nutriente, associada a dieta pobre, prejuízo na absorção, associadas a doenças que afetam a utilização de alimentos ou nutrientes.		
30. Risco de obstipação: Possibilidade de comprometimento do processo do sistema gastrointestinal. Diminuição da passagem de fezes acompanhada pela dificuldade ou incompleta passagem de fezes; passagem de fezes excessivamente seca e endurecida.		
31. Pele seca: Pele comprometida, epiderme dura, escamada, ou empoeirada, baixa umidade com risco de rachaduras, sobretudo nas mãos, pés e saliências ósseas proeminentes.		
32. Membrana mucosa seca: Membrana mucosa comprometida: diminuição da umidade devido a desidratação ou doença.		
33. Prurido cutâneo: Percepção comprometida, sensação de formigamento		

Fonte: Lins, S., Santo, H., Fuly, P., & Garcia, T. (2013). Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE

® para portadores de doença renal crônica. *Rev Bras Enfermagem*, 66(2), 180–189.

irritante, sensação cutânea seguida de impulso para coçar a pele e couro cabeludo.		
34. Risco de escoriação: Possibilidade de desenvolver ferida traumática. Abrasão da pele e derme com dor, sangramento e dor até a formação de crosta.		
35. Risco de tecido mole prejudicado: Possibilidade de comprometimento do tecido corporal, pela calcificação destas partes.		
36. Fadiga: Emoção negativa. Sensação de diminuição da força e resistência, exaustão, cansaço mental ou físico, indiferença para menor capacidade de trabalho físico ou mental.		
37. Segurança física em risco: Possibilidade de colocar-se em perigo. Papel: estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão.		
38. Risco de fratura: Risco para comprometer um Processo do sistema músculo-esquelético. Falta de movimento de parte do corpo associada à lesão traumática de um osso, quebra de continuidade do tecido do osso, gravidade da fratura associada a estrutura óssea, parte do osso e natureza da fratura.		
39. Risco de queda: Risco para apresentar um evento ou episódio de queda.		
40. Risco aumentado de morte: Evento com maior risco de acontecimento em função das comorbilidades apresentadas.		
41. Risco de suicídio: Possibilidade de praticar uma atividade autodestrutiva que		

Fonte: Lins, S., Santo, H., Fuly, P., & Garcia, T. (2013). Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE

® para portadores de doença renal crônica. *Rev Bras Enfermagem*, 66(2), 180–189.

conduza à própria morte.		
42. Risco de comportamento autodestrutivo: Possibilidade de realizar atividades por iniciativa própria com o propósito de se ferir ou causar dano, violência direcionada contra si mesmo.		
43. Risco de infecção: Possibilidade de desenvolver um processo patológico. Invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, originando doenças por lesão celular local, secreção de toxina ou reação antígeno-anticorpo.		
44. Risco de comportamento sexual prejudicado: Possibilidade de comprometimento da função sexual em função da indisposição para o ato sexual.		
45. Risco de satisfação conjugal prejudicada: Possibilidade de comprometimento do contínuo preenchimento dos desejos, emoção de gratidão ou ratificação entre parceiros conjugais ou casais em uma família.		
46. Regime dietético prejudicado: Dificuldade de manutenção do regime dietético prescrito.		
47. Não aderência ao regime terapêutico: Não seguimento de instruções, não complacência com o regime de tratamento, não tomar medicações conforme prescrição, não realizar modificações necessárias ao estilo de vida.		
48. Comunicação familiar		

Fonte: Lins, S., Santo, H., Fuly, P., & Garcia, T. (2013). Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE

® para portadores de doença renal crônica. *Rev Bras Enfermagem*, 66(2), 180–189.

prejudicada: Comprometimento da troca de informações entre familiares.		
49. Crise familiar: Desequilíbrio mental, social ou na estabilidade econômica de um grupo, com alteração na sua função normal e dificuldade em solucionar problemas e comunicar, em reconhecer mudanças, usar recursos internos e externos para reconhecer situações de mudança.		
50. Família disfuncional: Família incapaz de obter as funções familiares e tarefas. Alteração dos papéis familiares, falta de objetivos familiares, incapacidade de reconhecer a necessidade de ajuda, incapacidade de lidar com tensões, stress e crise, negligência do lar, desconfiança e desesperança.		
51. Processo familiar prejudicado: Comprometimento das contínuas interações ou padrões de relacionamento entre os membros da família.		
52. Insegurança: Emoção negativa: sentimento de incerteza, falta de confiança, inadequação, timidez, comportamento estranho, desistir ou mudar de opinião quando confrontado com a opinião dos outros.		
53. Medo: Emoção Negativa. Sentimento de ameaça, perigo ou angústia com causa conhecida ou desconhecida, acompanhado as vezes de luta psicológica ou resposta de fuga.		
54. Negação: Evitar ou não reconhecer		

Fonte: Lins, S., Santo, H., Fuly, P., & Garcia, T. (2013). Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE

® para portadores de doença renal crônica. *Rev Bras Enfermagem*, 66(2), 180–189.

o conhecimento ou significado de um evento a fim de minimizar a ansiedade ou conflito.		
55. Confiança no serviço de saúde baixa: Diminuição do sentimento de confiança e bondade do serviço de saúde.		
56. Sobrecarga de Stress: Sentimento de estar tenso e ansioso; incapaz de funcionar física e mentalmente, sentimento de desconforto associado com experiência pouco prazerosa.		
57. Stress do cuidador: Stress próprio da pessoa responsável pelo cuidado do doente.		
58. Angústia: Emoção Negativa: Sentimento de dor intensa e severa, tristeza e angústia.		
59. Sofrimento: Emoção Negativa. Sentimentos prolongados de enorme tristeza, associados a martírios e a necessidade de tolerar condições devastadoras, tais como sintomas físicos crónicos, como dor, desconforto ou danos, estresse psicológico crónico, má reputação ou injustiça.		
60. Processo de tomada de decisão familiar prejudicado: Processo mental comprometido para determinar o curso de uma ação baseada na informação relevante, potenciais consequências de cada alternativa e recursos.		
61. Baixa autonomia: Diminuição do Status de auto governança e auto direcionamento.		
62. Risco de baixa força de vontade: Possibilidade de Diminuição da disposição para		

Fonte: Lins, S., Santo, H., Fuly, P., & Garcia, T. (2013). Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE

® para portadores de doença renal crônica. *Rev Bras Enfermagem*, 66(2), 180–189.

reter ou abandonar ações, controlar ou não impulsos, levando em conta atitudes da vontade, intenções e inclinações.		
63. Autocontrole baixo: Comprometimento da disposição adquirida para cuidar do que é necessário para manter-se, conservar-se ativo, lidar com as necessidades básicas e íntimas da vida.		
64. Iniciativa baixa: Prejuízo da disposição para agir e introduzir novas ideias ou tomar decisões e agir com coerência.		
65. Adaptação prejudicada: Capacidade de gerenciamento da nova condição de saúde.		
66. Conhecimento em saúde baixo: pouco conhecimento sobre os problemas comuns de saúde, práticas de saúde e disponibilidade de serviços, habilidade de reconhecer sinais e sintomas de doenças e compartilhar a informação com pessoas importantes do convívio.		
67. Risco de rendimento familiar prejudicado: Risco para comprometer o salário ou outras fontes de dinheiro usado para cobrir despesas familiares.		
68. Baixa autoestima: Diminuição da estima por si próprio.		
69. Crença espiritual alterada: Alteração na convicção pessoal e disposição para reter e abandonar ações levando em conta os princípios da vida que prevalecem, integram e transcendem a natureza biológica e		

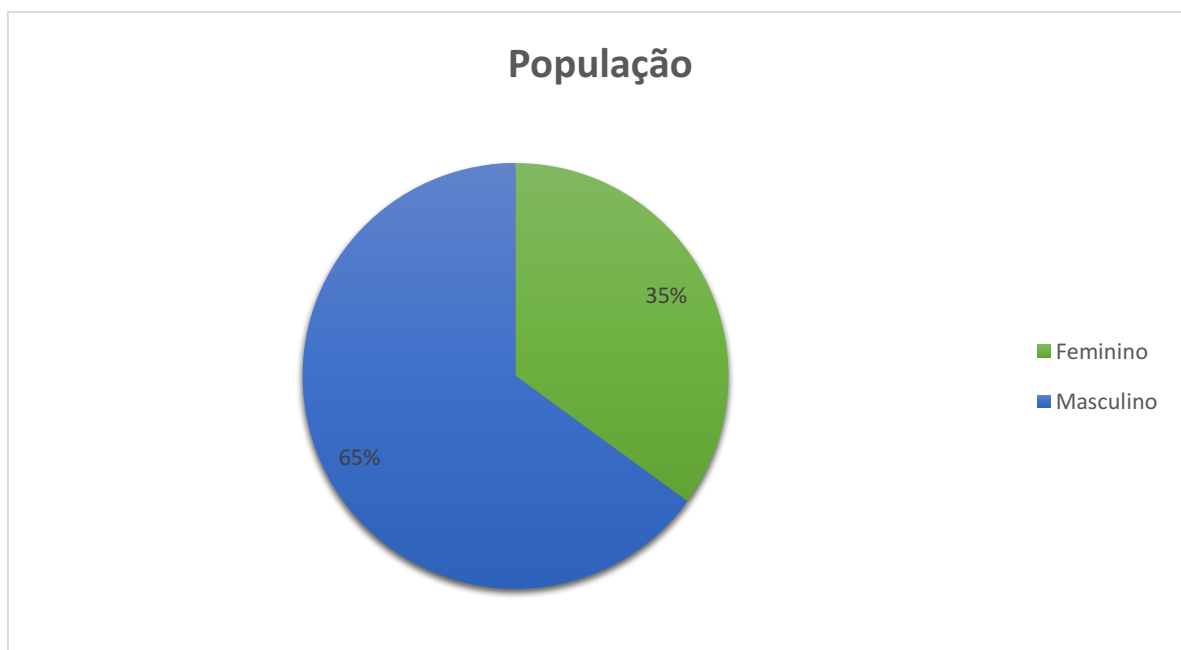
Fonte: Lins, S., Santo, H., Fuly, P., & Garcia, T. (2013). Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE

® para portadores de doença renal crônica. *Rev Bras Enfermagem*, 66(2), 180–189.

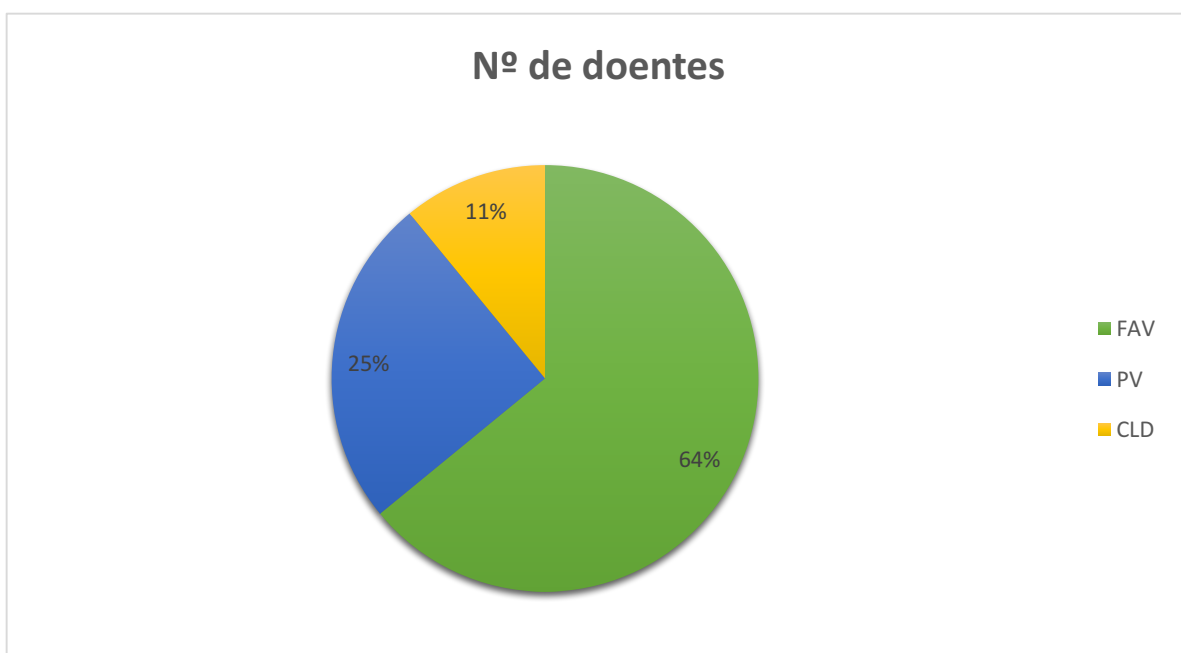
psicossocial.		
70. Crença religiosa alterada: Alteração na convicção pessoal e disposição para reter e abandonar ações levando em conta as opiniões religiosas e princípios, fé religiosa que prevalece, integra e transcende a natureza biológica e psicossocial.		

APÊNDICE 7 – Gráficos representativos da população e amostra

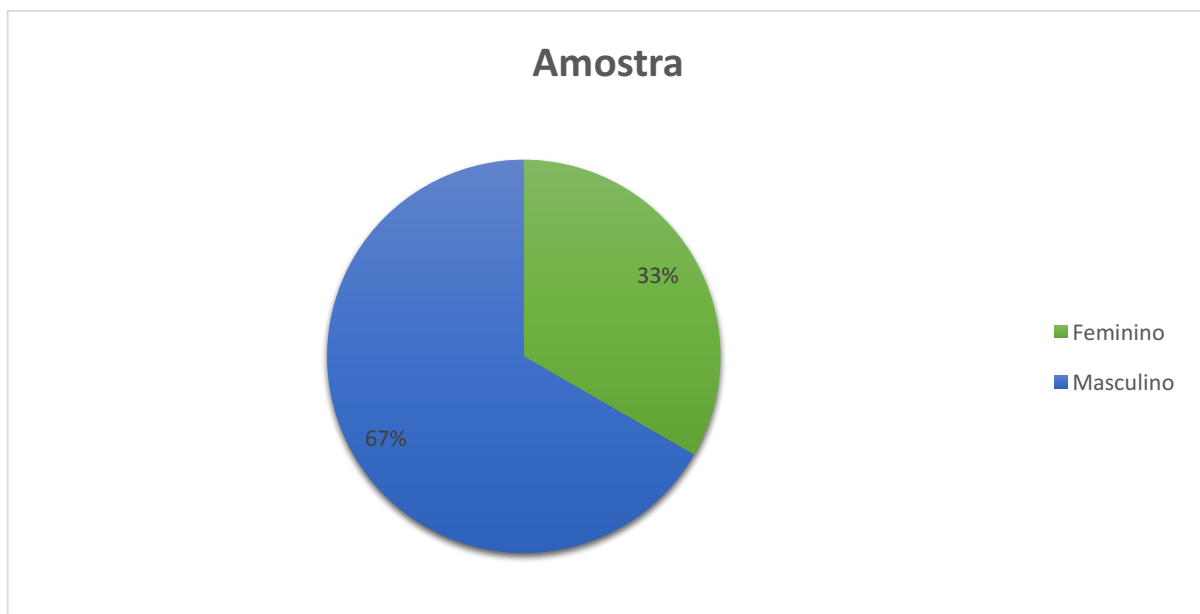
Distribuição da população por género



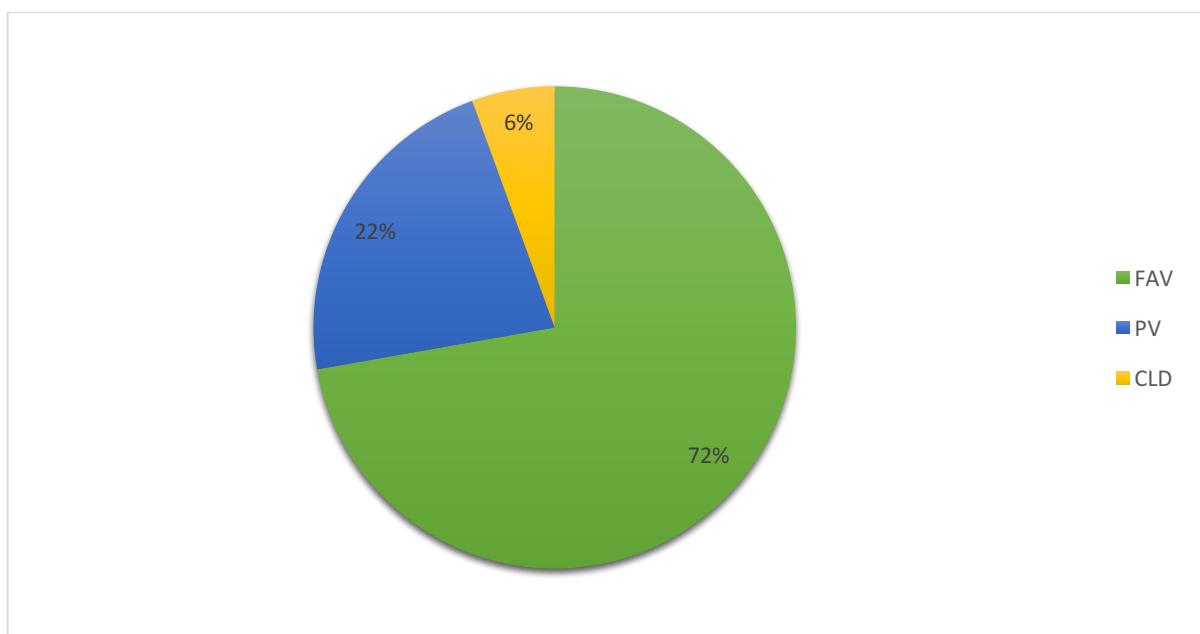
Distribuição da população por acesso vascular



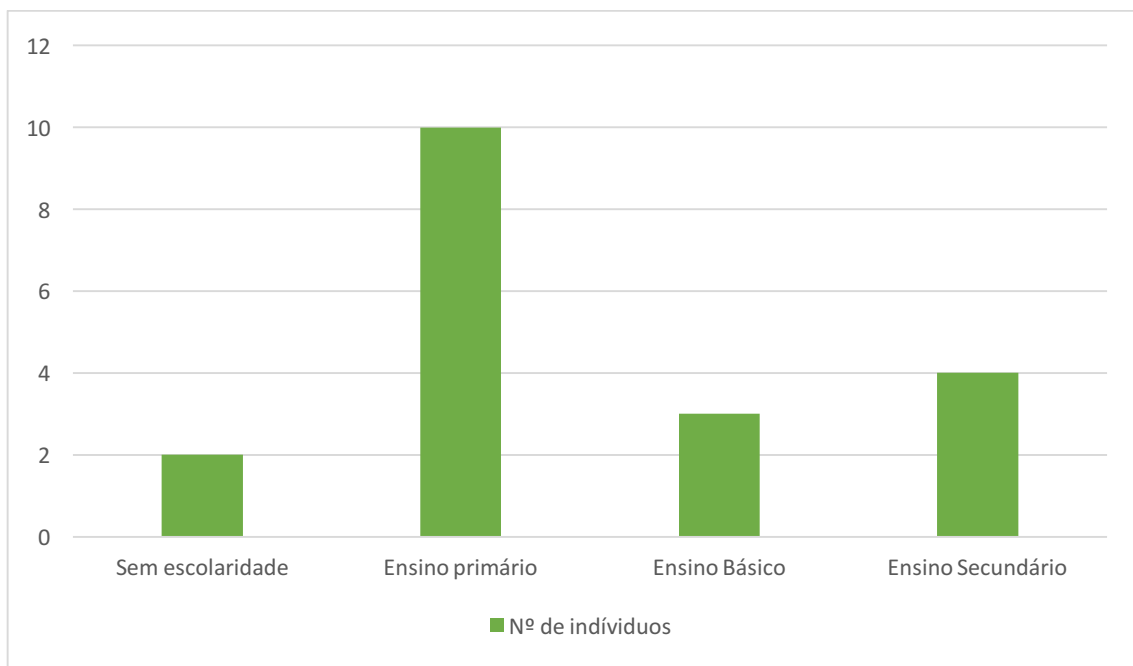
Distribuição da amostra por gênero



Distribuição da amostra por acesso vascular



Distribuição da amostra por habilitações literárias



APÊNDICE 8 – Tabela comparativa entre diagnósticos NANDA e CIPE

APÊNDICE 8 – Tabela Comparativa entre diagnósticos NANDA e CIPE

NANDA	Incidência (%)	CPIE	Incidência (%)
1. Risco de Infecção: Risco de ser invadido por organismos patogênicos.	100	Risco de infecção: Possibilidade de desenvolver um Processo Patológico: invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, originando doenças por lesão celular local, secreção de toxina ou reação antígeno-anticorpo.	100
12. Conhecimento deficiente: Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico.	83	Conhecimento em saúde baixo: Pouco conhecimento sobre os problemas comuns de saúde, práticas de saúde e disponibilidade de serviços, habilidade de reconhecer sinais e sintomas de doenças e compartilhar a informação com pessoas importantes do convívio.	83
2. Volume de líquidos excessivo: Retenção aumentada de líquidos isotônicos.	61	Volume de líquido prejudicado: Comprometimento no status nutricional. Soma dos processos corporais e mecanismos homeostáticos envolvidos na regulação da retenção e eliminação de fluidos corporais tais como a quantidade e equilíbrio de água e eletrólitos nos compartimentos intracelulares do corpo.	100 11

		<p>Baixa diurese: Processo do Sistema Urinário com volume de diurese abaixo da normalidade.</p> <p>Retenção hídrica: Processo do Sistema Regulador Comprometido: Condição de retenção de fluidos corporais nos espaços tecidulares, associada a alteração do equilíbrio de eletrólitos, edema do tecido corporal, efusão, aumento de peso, respiração encurtada, agitação e alterações do estado mental.</p>	100
<p>13. Dor Crônica: Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tecidular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com uma duração de mais de seis meses.</p>	61		

15. Proteção ineficaz: Diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões.	56	Segurança física em risco: Possibilidade de colocar-se em perigo. Papel: estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão.	56
4. Fadiga: uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual.	50	Fadiga: Sensação de diminuição da força e resistência, exaustão, cansaço mental ou físico, indiferença para menor capacidade de trabalho físico ou mental.	50
7. Risco de quedas: Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.	50	Risco de queda: Risco para apresentar um evento ou episódio de queda.	50
21. Percepção sensorial perturbada: tátil - Mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo	50		

recebidos, acompanhada por resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos.			
22. Risco de Lesão: Risco de lesão, como resultado de condições ambientais interagindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo.	50	Risco de fratura: Risco para comprometer um processo do sistema musculoesquelético: Falta de movimento de parte do corpo associada à lesão traumática de um osso, quebra de continuidade do tecido do osso, gravidade da fratura associada a estrutura óssea, parte do osso e natureza da fratura.	50
6. Dentição prejudicada: Distúrbios nos padrões de desenvolvimento/erupção dentário ou na integridade estrutural dos dentes de um indivíduo.	44		
10. Percepção sensorial perturbada: visual. Mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que são recebidos, acompanhada por resposta	44		

diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos.			
17. Deficit no autocuidado para vestir-se: Capacidade prejudicada de realizar ou completar atividades de vestir-se por si mesmo.	44		
8. Mobilidade física prejudicada: Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.	39		
11. Insônia: Distúrbio na quantidade e na qualidade do sono que prejudica o funcionamento normal de uma pessoa.	39		

5. Autocontrole ineficaz da saúde: Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar as metas específicas de saúde.	33	<p>Não aderência ao regime terapêutico: Não seguimento de instruções, não complacência com o regime de tratamento, não tomar medicações conforme prescrição, não realizar modificações necessárias ao estilo de vida.</p> <p>Adaptação prejudicada: Capacidade de gerenciamento da nova condição de saúde</p>	33
16. Baixa autoestima situacional: Desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual.	33	Baixa autoestima: Diminuição da estima por si próprio.	33
18. Dor Aguda: Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tecidular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o	28		

Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.			
19. Integridade da pele prejudicada: Epiderme e/ou derme alteradas.	28	Pele seca: Pele comprometida: epiderme dura, escamada, ou empoeirada, baixa umidade com risco de rachaduras, sobretudo nas mãos, pés e saliências ósseas proeminentes.	28
9. Disfunção sexual: O estado em que o indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recompensadora e inadequada.	22	Risco de comportamento sexual prejudicado: Possibilidade de comprometimento da função sexual em função da indisposição para o ato sexual.	22
14. Percepção sensorial perturbada: auditiva. Mudança na quantidade ou no padrão dos	22		

estímulos que são recebidos, acompanhada por resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos.			
23. Diarreia	17		
3. Hipotermia	11		
20. Constipação: Diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas	11	Risco de obstipação: Possibilidade de comprometimento do processo do sistema gastrointestinal: diminuição da passagem de fezes acompanhada pela dificuldade ou incompleta passagem de fezes; passagem de fezes excessivamente seca e endurecida.	11

24. Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais: Ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer às necessidades metabólicas.	0	Regime dietético prejudicado: Dificuldade de manutenção do regime dietético prescrito.	33
		Apetite prejudicado: Diminuição da sensação de desejo para satisfazer necessidades corporais por nutrientes ou por determinados tipos de alimentos;	0
		Status nutricional negativo: peso e massa corporal com relação a ingestão de específicos nutrientes, estimados de acordo com a altura, estrutura corporal e idade apresentando comprometimento negativo.	0
		Ingestão deficiente de alimentos: comprometimento do processo de adquirir nutrientes tais como proteínas, minerais, hidratos de carbono, gordura, vitaminas necessárias para o crescimento, funcionamento normal e manutenção da vida.	0
		Desnutrição: Processo do sistema regulador comprometido: Condição de nutrição pobre devida à ingestão desequilibrada ou insuficiente qualidade de nutriente,	0

		associada a dieta pobre, prejuízo na absorção, associadas a doenças que afetam a utilização de alimentos ou nutrientes.	
		Diagnósticos CIPE sem correspondência em NANDA	
		Risco de dispneia	100
		Acidose metabólica	100
		Hipercaliemia	100
		Hipernatremia	100

		Hiperfosfatemia	100
		Risco de dor isquêmica	94
		Risco de tecido mole prejudicado	56
		Dor óssea	50
		Pressão Sanguínea Alta	50
		Frequência cardíaca prejudicada	44
		Risco de arritmia	44
		Risco de escoriação	44
		Edema periférico	39
		Sede Moderada	39

		Baixa autonomia	39
		Angústia	33
		Risco de cognição prejudicada	28
		Hiperglicemia	28
		Confiança no serviço de saúde baixa	28
		Processo de tomada de decisão familiar prejudicado	28
		Autocontrolo baixo	28
		Iniciativa baixa	28
		Membrana mucosa seca	24
		Dispneia	22

		Comunicação familiar prejudicada	22
		Negação	22
		Sobrecarga de stress	22
		Stress do cuidador	22
		Risco de rendimento familiar prejudicado	22
		Débito cardíaco aumentado	17
		Perfusão tecidual periférica prejudicada	17
		Náuseas	17
		Prurido cutâneo	17
		Risco de satisfação conjugal prejudicada	17

		Processo familiar prejudicado	17
		Insegurança	17
		Medo	17
		Risco de baixa força de vontade	17
		Risco de Inquietação	11,1
		Risco aumentado de morte	11
		Crise familiar	11
		Família disfuncional	11
		Sufrimento	11
		Hipocaliemia	5,6

		Risco de suicídio	5,6
		Risco de comportamento autodestrutivo	5,6
		Sede severa	0
		Vômitos	0
		Crença Espiritual Alterada	0
		Crença Religiosa alterada	0